

UNTERSUCHUNG ZUR PERSÖNLICHKEIT
UND SOZIALEN STELLUNG VON
ALKOHOLIKERN NACH SUIZIDVERSUCH

Rüdiger Brinkmann

1974



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DEM MAX PLANCK INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE MÜNCHEN

Dir. Prof. Dr. D. Ploog

UNTERSUCHUNG ZUR PERSÖNLICHKEIT UND SOZIALEN
STELLUNG VON ALKOHOLIKERN NACH SUIZIDVERSUCH

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von

Rüdiger Brinkmann

aus Bad Oldesloe

München 1973

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. W. FEUERLEIN

Mitberichterstatter: Professor Dr. H. HIPPIUS

Dekan: Professor Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Mai 1974



INHALTSVERZEICHNIS

Seite

1.	EINLEITUNG	1
2.	PROBLEMSTELLUNG - LITERATURÜBERSICHT	3
2.1	Alkoholismus und Selbstmordhandlungen	3
2.2	Arbeiten über suizidales Verhalten und Probleme des Alkoholismus zur Abklärung definitorischer Fragen	7
2.2.1	Klassifizierung der Selbstmordhandlungen	8
2.2.2	Klassifizierung des Alkoholismus	14
2.2.3	Persönlichkeitsuntersuchungen bei Suizidanten und Alkoholikern	21
2.2.4	Psychosoziale und sozioökonomische Stellung von Suizidanten und Alkoholikern	22
3.	THESEN AUS DER LITERATUR	31
4.	HYPOTHESEN DIESER UNTERSUCHUNG	33
5.	MATERIAL UND METHODEN	34
5.1	Auswahlkriterien der Patienten	34
5.2	Untersuchungsmethoden	35
5.2.1	Interview	36
5.2.2	Testpsychologische Untersuchungen	38
5.2.2.1	Abschätzung der Intelligenz mit dem WIP	38
5.2.2.2	Erfassung der Persönlichkeit mit dem FPI	38
6.	ERGEBNISSE	41
6.1	Allgemeine Daten	41
6.1.1	Alter	41
6.1.2	Geschlecht	41

6.1.3	Zivilstand	41
6.2	SMH	42
6.2.1	Arrangement und Klassifizierung der SMH	42
6.2.2	Motivation der SMH	42
6.2.3	Arrangement und Klassifizierung bei den A-SMH	42
6.3	Klassifizierung des Alkoholismus	43
6.4	Psychosoziale Stellung	43
6.5	Sozioökonomische Stellung	46
6.6	Testpsychologische Ergebnisse	48
6.6.1	Abschätzung der Intelligenz mit dem WIP	48
6.6.2	Darstellung der Persönlichkeit im FPI	49
7.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE (entsprechend der Einteilung der Ergebnisse)	50
8.	ZUSAMMENFASSUNG	68
9.	LITERATURVERZEICHNIS	69
10.	ANHANG	85

1. EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit versucht einen Beitrag zur Frage der Zusammenhänge zwischen Alkoholismus und Selbstmordhandlungen (SMH) zu liefern. Es sollen dazu einige Hypothesen aus der Literatur überprüft werden.

Die Arbeit steht ganz allgemein im Problemkreis Alkoholismus, innerhalb dieses Gebietes vorwiegend im Interessenfeld psychosozialer Auswirkungen und konzentriert sich schließlich auf die Untersuchung von Suizidanten, die Alkoholiker sind, und vergleicht diese Gruppe mit Suizidanten, die weder von Alkohol noch von anderen Drogen abhängig sind.

WIESER (1972) weist in seinem Handbuchbeitrag (Psychiatrie der Gegenwart Band II/2 2. Aufl.) darauf hin, daß die unterschiedlichsten Persönlichkeiten unter Alkoholikern gefunden werden. Ein einheitlicher Persönlichkeitstyp wird deshalb auch in diesem umgrenzteren Rahmen nicht zu erwarten sein. Eine dem Individualfall gerecht werdende Persönlichkeitsbeurteilung wurde hier jedoch auch gar nicht angestrebt; vielmehr sollte ein Gruppenvergleich (s. o.) bestimmter Persönlichkeitsmerkmale anhand eines nicht-projektiven psychologischen Tests ermöglicht werden.

Da Alkoholismus und Suizidversuch in unserer Gesellschaft als deviante Verhaltensweisen anzusehen sind, erschien es sinnvoll, nach der sozialen Stellung der Patienten zu fragen, wenn auch eine Beurteilung dieses Fragenkomplexes gewisse Schwierigkeiten bereitet. Ob die Kombination beider Verhaltensweisen mit besonderen Persönlichkeitsmerkmalen und sozialen Stellungsänderungen verbunden ist, sollte herausgearbeitet werden.

Wenn damit in den Grundzügen auch eine diagnostisch-phänomenologische Ausrichtung gegeben ist, soll nicht vergessen werden, daß da-

mit Voraussetzungen für die Bestimmung geeigneter therapeutischer Methoden geschaffen werden sollen. Aus diesem Grunde werden in der Diskussion der Ergebnisse auch entsprechende Gesichtspunkte berücksichtigt.

Schließlich haben Untersucher gerade in letzter Zeit auf eine Zunahme suizidaler Verhaltensweisen hingewiesen und dabei auf die besondere Bedeutung des Alkoholismus aufmerksam gemacht (McCULLOCH & PHILIP, 1972). Wir wissen, daß der Alkoholismus von Frauen und Jugendlichen ein Problem wachsenden Ausmaßes darstellt (BATTE-GAY, R. et al., 1970; BIEL, 1971), so daß in der Konzeption dieser Untersuchung einige interessante Problemkreise konvergieren.

2. PROBLEMSTELLUNG - LITERATURÜBERSICHT

Nach dieser allgemeinen Übersicht soll eine Literaturübersicht zum Thema der Untersuchung folgen. Die hier interessierenden Arbeiten lassen sich in zwei große Gruppen einteilen:

1. Arbeiten, die sich explizit mit den Zusammenhängen zwischen Alkoholismus und SMH befassen (2. 1).
2. Arbeiten über Probleme suizidalen Verhaltens und Probleme des Alkoholismus, soweit diese für die hier angeschnittenen Fragen aus definitorischen oder anderen Gründen relevant erscheinen (2. 2).

Es ist klar, daß nur im Hinblick auf Arbeiten der Gruppe 2. 1 versucht wurde, eine gewisse Vollständigkeit des Schrifttums zu erreichen, da hier entscheidende Anregungen zu erwarten waren.

2. 1 Alkoholismus und SMH

Läßt man inhaltlich-deutende Hypothesen zunächst außer acht, kann man mit RINGEL & ROTTER (1957) folgende formalen Beziehungen herstellen:

1. Nicht-Alkoholiker begehen in einem zufälligen Alkoholrausch einen Selbstmordversuch (SMV).
2. Nicht-Alkoholiker trinken bewußt Alkohol, um sich für einen geplanten Selbstmord (SM) zu enthemmen.
3. Alkoholiker begehen einen SMV.

Auf den generellen Unterschied zwischen Alkoholikern, die einen SMV durchgeführt haben (A-SMV), und anderen Patienten, die nur zum Zeitpunkt ihres SMV unter Alkoholeinfluß standen, weisen praktisch alle Autoren, die sich mit diesem Problem auseinandergesetzt haben, hin.

Hier wurde kein Unterschied zwischen den formalen Kategorien 1 und 2 gemacht, da es um eine Gegenüberstellung von A-SMV und SMV geht.

Die inhaltlich-deutenden Hypothesen lassen sich nach RUSHING (1968) auf zwei große Nenner bringen:

1. Alkoholismus und SMH sind als Funktion gemeinsamer, zugrundeliegender Faktoren aufzufassen (common-cause-interpretation). Als solche Faktoren nennt RUSHING soziale Isolierung oder deren Kehrseite: soziale Zwangsintegration, Persönlichkeitsmerkmale, Zivilisationsfolgen wie Urbanismus und Vermassung u. ä.
2. Alkoholismus führt durch seine spezifische Problematik zu SMH (processual-cause-interpretation).

RUSHING (1968) weist jedoch auch darauf hin, daß die beiden Interpretationsansätze nicht inkompatibel seien:

Es ist denkbar, daß bestehende Sozialstrukturen oder Persönlichkeitsmerkmale sich mit negativen sozialen Reaktionen verbinden und so den Suizid wahrscheinlicher machen.

Die Problematik der zweiten Hypothese ist darin zu sehen, daß nicht einzusehen wäre, warum dann nicht alle - oder zumindest der überwiegende Teil - Alkoholiker SMH in ihrer Lebensgeschichte aufweisen. Weiterhin wäre zu fragen, ob die Hypothese alle Formen des Alkoholismus umfaßt oder nicht vielmehr eine besondere impliziert. Die 'processual-cause-interpretation' läßt sich eher im Rahmen einer allgemeinen Theorie devianten Verhaltens vertreten.

RUSHING (1969) bezieht sich in einer späteren Veröffentlichung auf dieses Thema und schreibt:

Da der Abbruch sozialer Beziehungen einem Suizid häufig vorausgeht, erscheint die Hypothese, daß soziale Ablehnung eine intervenierende Variable in der Beziehung zwischen Alkoholismus und Suizid darstellt, annehmbar. Die Hypothese ist nicht auf Alkoholismus beschränkt und kann andere Formen devianten Verhaltens ebenso erfassen; ...

MALINOWSKI hat eindrucksvolle Beispiele der Devianz-soziale-Reaktion-Suizid-Abfolge bei den Tropicbriand Insulanern aufgezeigt und seine Arbeit enthält die erste explizit theoretische Formulierung dieser Abfolge.

Die Mehrzahl der Autoren schließt sich - zumeist unausgesprochen - der 'common-cause-interpretation' an, was sich z.B. bei BATCHELOR (1954) darin zeigt, daß nur 5 der insgesamt 43 Patienten, über die er in seinem Artikel 'Alcoholism and Attempted Suicide' berichtet, als chronische Alkoholiker klassifiziert, während die übrigen nach anderen psychiatrisch-nosologischen Kriterien eingestuft werden. (Bei den anderen 38 Pat. handelt es sich zwar auch um Alkoholiker, der Alkoholismus wird jedoch ursächlich z.B. auf ein depressives Syndrom zurückgeführt.)

Auch die These MENNINGER's (1938), daß der Alkoholismus eine Art chronischen Suizid darstellt, ist nur durch eine beiden Verhaltensweisen zugrundeliegende Störung sinnvoll und wird in vielen späteren Veröffentlichungen aufgegriffen und zumeist auch als Faktum übernommen (BATTEGAY, 1965; CANTOR, 1967; COR, 1958; GLATT, 1954; KOCKOTT & FEUERLEIN, 1968; KUBIE, 1964; LEMERE, 1953; RINGEL, 1969; RINGEL & ROTTER, 1957; SUNDBY, 1967; SCHNEIDER, MASSON & PERROT, 1965; STENBÄCK & BLUMENTHAL 1964 und 1968).

RINGEL (1969) faßt diesen Tatbestand folgendermaßen zusammen:

Das extreme Ausmaß der Selbstaggression in diesen Fällen (SM) beruht nicht zuletzt auf der Tatsache, daß, wie bereits mehrfach erwähnt, andere Abwehrmechanismen fehlen und abgeschwächte Formen der Selbstzerstörung schließlich nicht ausreichen, um die Schuldgefühle zu saturieren (wie etwa beim Alkoholismus).

Als ein weiteres Indiz für die Richtigkeit dieser These (common-cause-interpretation) kann man die Tatsache werten, daß verschiedene Autoren berichten, suizidale Tendenzen und -Intoxikationen hätten sich bei einigen ihrer Patienten ereignet, als die Flucht in die alkoholische In-

toxikation durch eine DISULFIRAM-Therapie unmöglich gemacht worden war (JACOBSEN, 1952; NØRVIG & NIELSEN, 1956; SMILDE, 1963; TUREEN, 1954; VENCovsky & REISICH, 1952). Hierzu muß bemerkt werden, daß natürlich auch ganz andere Gründe für die SMV unter DISULFIRAM-Therapie denkbar sind, was hier nicht ausdiskutiert werden kann.

Statistische Untersuchungen zeigen immer wieder, daß der SM eine der häufigsten Todesarten bei Alkoholikern darstellt und die SM-Rate bei diesen Patienten regelmäßig oberhalb der für die Gesamtbevölkerung ermittelten Norm liegt. (BANDEL, 1928; COR, 1958; DAHLGREN, 1957; DAUMEZON & COR, 1956; GLATT, 1954; KESSEL & GROSSMAN, 1961; KEYSERLINGK, 1960; KÜRBITZ, 1907; LEDERMANN, 1952; LEMERE, 1953; MENGE, 1953; PÖLDINGER, 1968; PORTERFIELD & TALBERT, 1950; RINGEL, 1969; RINGEL & ROTTER, 1957; ROSSEL, 1969; SELZER & HOLLOWAY, 1957; SHIMSHONY, 1941; SUNDBY, 1967; SZUCKOVSKY, KENYERES & HARASANYI, 1964; STENBÄCK & BLUMENTHAL, 1964 + 1968; WIESER, 1966; WIESER & KUNAD, 1965).

Gegen eine Beziehung zwischen Alkoholismus und SMH sprechen sich nur wenige Autoren aus (IPSEN, MOORE & ALEXANDER, 1952; MOORE, 1939; REIMER, 1964). Als einzige deutsche Untersuchung sei hierzu REIMER (1964) zitiert:

Das Land Schleswig-Holstein z. B. steht schon jahrelang in der Selbstmordstatistik für Deutschland an erster Stelle und zeigt im Alkoholkonsum pro Kopf der Bevölkerung verhältnismäßig niedrige Zahlen.

Hierzu ist jedoch zu bemerken, daß allein die Statistik der SM-Raten und des durchschnittlichen Alkohol-Konsums der Bevölkerung nicht gegen eine Beziehung zwischen Alkoholismus und SMH sprechen muß, wie man am Beispiel Finnlands zeigen kann: auch dort findet sich ein relativ niedriger pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol bei hohen SMH- und auch Homizidraten verbunden mit einem erheblichen Problem süchti-

ger Alkoholiker. Durchschnittlich niedriger Verbrauch kann eben aus dem hohen Konsum einer kleinen Gruppe der Bevölkerung resultieren und muß dann ganz anders interpretiert werden.

Angaben über die SMH-Rezidivhäufigkeit bei Alkoholikern sind uneinheitlich: während z. B. verschiedene Autoren die Rezidivhäufigkeit in dieser Gruppe betonen (BATTEGAY, 1965; GUZE, TUASON, GATFIELD, STEWART & PICKEN, 1962; KIELHOLZ & BATTEGAY, 1967; PÖLDINGER, 1968; STENBÄCK & BLUMENTHAL, 1966 + 1968), konnten andere eine solche Häufung nicht feststellen (BATCHELOR, 1954; COR, 1958; DAUMEZON, COR & RUDRAUF, 1955; HAUSMANN, ALBERT & KAYSER, 1968). Dabei ist zu berücksichtigen, daß die unterschiedlichen Auffassungen womöglich methodisch bedingt sind.

Zum Abschluß der Literaturübersicht über Alkoholismus und SMH sei noch ein Zitat von LEVY (1958) über die psychodynamischen Funktionen von Alkohol erwähnt, das ebenso für die Psychodynamik der SMH geschrieben sein könnte und damit die engen Beziehungen zwischen Alkoholismus und SMH unter diesem Aspekt verdeutlichen kann:

Für andere jedoch ist der Verlust perzeptueller Diskrimination, von Raum und Zeit, des Innen und Außen gerade das, was sie (die Alkoholiker) suchen. Ohne Zeit sind sie unsterblich; ohne körperliche Begrenzung sind sie nicht mehr länger allein.

2.2 Arbeiten über suizidales Verhalten und Probleme des Alkoholismus zur Abklärung definitorischer Fragen

In diesem Abschnitt sollen aus der umfangreichen Literatur über SM und SMV und aus der sicherlich ebenso vielfältigen Literatur des Alkoholismus die Arbeiten herausgegriffen werden, die für Fragestellung und methodische Aspekte dieser Untersuchung von Bedeutung waren. Dabei wurde keinerlei Vollständigkeit angestrebt; vielmehr ging

es um methodisch-definitiorische Anstöße zur vorliegenden Arbeit.

Es handelt sich dabei um Veröffentlichungen zu folgenden Themenkreisen:

1. Klassifizierung der SMH (2. 2. 1)
2. Klassifizierung des Alkoholismus (2. 2. 2)
3. Persönlichkeitsuntersuchungen bei Suizidanten und Alkoholikern (2. 2. 3)
4. Psychosoziale und sozioökonomische Stellung von Suizidanten und Alkoholikern (2. 2. 4)

2. 2. 1 Klassifizierung der SMH

In dem hier interessierenden Zusammenhang sollen aus den vielfältigen SMH folgende herausgegriffen und einer näheren Bestimmung unterzogen werden:

1. Parasuizidale Pause (PSP)
2. Parasuizidale Geste (PSG)
3. Selbstmordversuch (SMV)
4. Ernsthafter Selbstmordversuch (SMV-SM)

Die Begriffe 'parasuizidale Pause' und 'parasuizidale Geste' - auch unter dem Begriff der parasuizidalen Handlung (PSH) zusammengefaßt - sind relativ neu, stellen seltene Extrempositionen dar und wurden in der hier verwendeten Form von FEUERLEIN (1971) vorgeschlagen.

KREITMAN, PHILIP, GREER & BAGLEY (1969) haben den Begriff 'Parasuizid' (parasuicide) für den überwiegenden Teil der SMH einführen wollen und vorgeschlagen, den Begriff 'Selbstmordversuch' (attempted suicide) evtl. sogar ganz fallen zu lassen, da "die überwiegende Mehrheit der Patienten ... ohnehin nicht versuche sich umzu-

bringen (... the great majority of patients ... are not in fact attempting suicide). Die genannten Autoren wollten einen Terminus schaffen, der einen Sachverhalt erfaßt, in dem ein Patient Selbstmord simuliert oder nachahmt (... in which a patient simulates or mimics suicide ...). Wie in den weiter unten aufgeführten Definitionen der PSH noch zu zeigen sein wird, deckt sich unser Begriff der PSH keinesfalls mit dem von KREITMAN et al. vorgeschlagenen 'Parasuizid'.

STENGEL (1970) hat die Diskussionsbemerkung von KREITMAN et al. aufgegriffen und herausgestellt, daß der Begriff 'Parasuizid' in der gegebenen Definition keine brauchbare Begriffsklärung herbeiführe und außerdem der Komplexität des Motivationsgeschehens nicht Rechnung trage. Er hält deshalb am Begriff des Selbstmordversuchs (attempted suicide) fest und gibt dazu folgende Definition:

Als Selbstmordhandlung muß jede beabsichtigte Selbstzerstörung angesehen werden, bei der die Person, die sie durchführt, nicht sicher sein kann, daß sie die Handlung überlebt.

In Übereinstimmung mit STENGEL (1970) sind wir der Meinung, daß SMH je nach Ernsthaftigkeit in einem Kontinuum vom harmlosen bis zum fast unausweichlich tödlichen SMV darstellbar sind. Die Diskussion über die Brauchbarkeit der verschiedenen Termini ist damit jedoch sicherlich nicht beendet.

Immerhin besteht inzwischen weitgehend Einigkeit darüber, daß es berechtigt ist, sich dem Phänomen des SMV isoliert zuzuwenden, nachdem STENGEL (1964⁺) als erster auf die Unterschiede zwischen der Population der SM und der SMV hingewiesen hat. Er regte damit eine Reihe von Untersuchungen an, die sich speziell mit dem SMV auseinandersetzten (BAPPERT, 1962; BOXALL & CHAUVEL, 1966; DAVIS, 1968; DORPAT & BOSWELL, 1963; DOTZAUER, GOEBELS & LEGE-

⁺ Originalveröffentlichung 1956

WIE, 1963; FABEROW & SHNEIDMAN, 1961; GREER, 1966; JACOB-ZINER, 1965; KESSEL, 1965; KESSEL & McCULLOCH, 1966; KOCKOTT, HEYSE & FEUERLEIN, 1970; McCULLOCH & PHILIP, 1972; MOTTO, 1965; PARKIN & STENGEL, 1965; PHILIP, 1970; RÜEGSEGGER, 1963; SCLARE & HAMILTON, 1963; TABACHNIK, 1961; VINODA, 1966; WHITLOCK & SCHAPIRA, 1967).

PSP

Die Selbsttötungstendenzen stehen ganz im Hintergrund. Es wird ein 'Tod auf Zeit' gesucht. Die Handlungsweise spielt nicht mit dem Effekt auf dritte Personen. Die autodestruktive Komponente ist darin zu sehen, daß Tabletten-Überdosierungen und damit verbundene, mögliche somatische Schäden bei der Lösung eines Problems riskiert werden: es gibt also - zumindest der Intention nach - nur ein organisches, im Gegensatz zu einem vitalen, Risiko.

PSG

Die entscheidende Veränderung gegenüber der PSP liegt in der beabsichtigten Wirkung auf dritte Personen. Die Interpretation als SMV ist beabsichtigt, ein letaler Verlauf vom Patienten jedoch durch 'kalkulierte Intoxikation' subjektiv ausgeschlossen. Gemäß der Definition ist anzunehmen, daß viele PSG als SMV mit demonstrativen Tendenzen verkannt werden.

SMV

Der wesentliche Unterschied zur PSH ist der riskierte letale Ausgang der Verhaltensweise. Dieses Risiko wird vom Patienten häufig zur Bekräftigung seines Appells gegenüber einer dritten Person eingegangen. Mit der womöglich noch unterschwellig vorhandenen Todesabsicht mischt sich die Hoffnung, die entsprechend im Arrangement abgesi-

chert wird, doch noch entdeckt zu werden. Weiterhin soll die Person oder Personengruppe (z.B. Familie), der gegenüber der SMV durchgeführt wurde, zumeist zu einer Verhaltensänderung gegenüber dem Patienten gebracht werden.

In anderen Fällen läßt der Patient den Ausgang seines SMV bewußt von unvorhersehbaren Umständen abhängen, wodurch dem so eingebauten Zufall die Bedeutung eines schicksalhaften Schiedsspruches zukommt, vergleichbar etwa den Gottes-Urteilen bestimmter Kulturen, die einen Schuldigen von einem erhöhten Punkt ins Meer stoßen und die 'Götter' entscheiden lassen, ob der Verurteilte den Sturz überlebt oder nicht.

SMV-SM

Hier hat sich der Patient bemüht, alle Zufallsquellen auszuschließen, da seine Absicht, sich das Leben zu nehmen, bis ins Detail durchdacht wurde. Eigentlich stellen diese SMV mißglückte SM dar, was in dem Symbol SMV-SM ausgedrückt werden soll. Die Diagnose dieses SMV-Typs ist nur durch eine äußerst sorgfältige Anamnese gesichert, da aus verständlichen Gründen alle Suizidanten (einschließlich der PSG) 'ernst genommen' werden wollen. Das soll an einem Beispiel erläutert werden:

Ein 15-jähriges Mädchen hatte die potentiell letale Dosis Schlaftabletten für ihren SMV weit außerhalb ihres sozialen Feldes in einem Wald eingenommen. Der Ort lag an keinem Weg, so daß eine vorzeitige Entdeckung zunächst als sehr unwahrscheinlich angenommen werden mußte: angewandte Methode und übriges Arrangement schienen einen SMV-SM zu implizieren. Intensivere Befragung zur Auswahl des Ortes ergab dann, daß die Pat. diesen schon häufiger aufgesucht hatte, wenn sie "von zu Hause weggelaufen war, um den Eltern einen Schock zu versetzen". Sie war dann regelmäßig mit Hilfe des Haushundes gefunden worden. Die zusätzliche Tbl.-Einnahme - das leere Tbl.-Röhrchen lag neben ihr - diente zuletzt gewissermaßen der Bekräftigung ihres Appells und stellte eine logische Weiterentwicklung des autoaggressiven Verhaltensmusters dar.

Ernsthaftigkeit

Es erscheint aus zwei Gründen sinnvoll, sich mit der Ernsthaftigkeit einer SMH auseinanderzusetzen:

1. Die Beurteilung hat konkret klinische Relevanz: Fragen der Suizidalität und Hospitalisierung in einer Nervenklinik - evtl. auf dem Wege der 'Verwahrung' - Fragen der weiteren Betreuung durch Fürsorger, Hausarzt, Psychiater/Psychotherapeut oder Eheberatungsinstitutionen u. ä. müssen beantwortet werden.
2. Es ist von theoretischem Interesse, in die Phänomenologie der autoaggressiven Verhaltensweisen quantitative Gesichtspunkte einzuführen, da damit ein wesentlicher Schritt zur Strukturierung und Modellbildung vollzogen wird.

Wie aus den oben angegebenen Definitionen unschwer zu erkennen ist, beinhalten die einzelnen Klassifikationen unterschiedliche Ernsthaftigkeitsgrade bzw. -quanta. Die so ermittelten Intensitätsgrade lassen sich in einem weiteren Schritt womöglich mit objektiveren Außenkriterien korrelieren. So postulieren bzw. belegen verschiedene Autoren einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der körperlichen Schädigung und der Ernsthaftigkeit eines SMV (KOCKOTT, HEYSE & FEUERLEIN, 1970; ROBINS, SCHMIDT + O'NEAL, 1957; SCLARE & HAMILTON, 1963), andere sprechen sich gegen einen solchen aus (STENGEL, 1964).

Berücksichtigt man vor allen Dingen das Arrangement⁺ der SMV, kommt LINDEN (1969) zu dem Ergebnis, daß "in 92,5 % der Fälle ... das Arrangement so angelegt (war), daß die Rettung sicher, wahrscheinlich oder möglich erschien". (Hervorhebungen vom Verf.)

⁺ Der Begriff deckt sich etwa mit der Auffindungswahrscheinlichkeit vor letalem Ausgang.

Bevor wir auf spezielle Untersuchungen bei Alkoholikern eingehen, muß noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß die hier vorgenommenen Einteilungen etwas willkürlich erscheinen mögen. Selbstverständlich stellen die erörterten Kategorien suizidalen Verhaltens in gewissem Ausmaß Extremfälle dar. Im konkreten Fall werden sich die unterschiedlichen Spielarten in wechselnder Ausprägung mischen. Trotzdem erscheint eine Zuordnung zu den beschriebenen Typen möglich und brauchbar, wie im Abschnitt über die Ernsthaftigkeit gezeigt werden sollte.

Ernsthaftigkeit der SMH bei Alkoholikern

Angaben über die Ernsthaftigkeit der SMH von Alkoholikern sind recht unterschiedlich. Die verschiedenen Untersucher verwenden kein einheitliches Schema sowohl der Beurteilung suizidalen Verhaltens als auch des Alkoholismus. Weitere Schwierigkeiten resultieren aus Besonderheiten der jeweiligen Stichprobe oder der Inkomparabilität soziokultureller Hintergründe: Einige Autoren sehen die SMH der Alkoholiker ganz generell eher ernsthaft an (BATCHELOR, 1954; BATTEGAY, 1965; KIELHOLZ & BATTEGAY, 1967). Sie gehen dabei von der Vorstellung aus, daß der Alkoholismus nach MENNINGER (1938) ein Suizidäquivalent darstellt und deshalb eine SMH erst im Moment des Versagens des Suchtmittels durchgeführt wird: diese Situation wird als ernsthaft angesehen. RINGEL & ROTTER, 1957, modifizieren diese Version etwas, indem sie betonen, daß besonders der neurotische Alkoholiker früh SMV-gefährdet sei, weil er wegen seines Mißbrauchs besonders starke Schuldgefühle entwickle.

KESSEL & GROSSMAN (1961) sowie JENSEN (1970) weisen schließlich noch darauf hin, daß besonders nach einer Behandlung oder in der Abstinenzzeit ein erhöhtes SMV-Risiko bestünde. Psychodynamisch ließe sich dieser Umstand auch durch die von RINGEL & ROTTER (1957)

gegebene Erklärung verstehen. JENSEN (1970) weist aber auch noch auf einen anderen Umstand hin:

In den meisten Fällen gab es Hinweise auf Rückfälle in alte Trinkgewohnheiten in Zusammenhang mit dem Suizid.

2. 2. 2 Art des Alkoholismus

Ein wesentlicher Teil dieser Untersuchung bestand darin, neben der Abklärung der Umstände des SMV Aussagen über die Alkoholgewohnheiten der Pat. zu sammeln und dabei gegebenenfalls einen Alkoholmißbrauch zu diagnostizieren. Vorwegnehmend soll dazu bemerkt werden, daß sich die Kriterien zu dieser Diagnose mehr oder minder ausschließlich auf das JELLINEK'sche Konzept des Alkoholismus beziehen.

Obwohl JELLINEK als einer der bedeutendsten Erforscher des Alkoholismus gilt, mag in der ausschließlichen Verwendung seines Konzepts eine einseitige Betrachtungsweise gesehen werden, weshalb auf Fragen der Definition kurz eingegangen werden soll. So soll erläutert werden, welche Gesichtspunkte berücksichtigt wurden, um den Geltungsbereich der Resultate und daraus abgeleiteter Folgerungen abzustecken.

CLARK schreibt 1966 in einem Artikel über 'Operational Definitions of Drinking Problems and Associated Prevalence Rates':

Wenn es auch keine einzige Definition gibt, die von allen Untersuchern akzeptiert wird, gibt es doch gewisse definitorische Elemente, die in vielen sonst unterschiedlichen Formulierungen wieder erscheinen. Von zentraler Bedeutung dieser gemeinsamen Definitionselemente sind die folgenden: übermäßige Trinkmenge, Besorgnis über eigene Trinkgewohnheiten, Störungen im sozioökonomischen Bereich, Kontrollverlust.

Eine weitere von JELLINEK (1960) gegebene Definition wird häufig zitiert:

Wir nennen jeden Alkohol-Konsum, der Schäden für das Individuum, die Gesellschaft oder beide nach sich zieht, Alkoholismus.

Der Nachteil dieser Definitionen liegt in ihrer Allgemeinheit: was sind Schäden der Gesellschaft, die sich eindeutig auf Alkoholismus zurückführen ließen usw. ...

Es erscheint an dieser Stelle am sinnvollsten, die in dieser Arbeit verwendeten Kriterien darzulegen und anschließend eine Reihe anderer Alkoholismus-Begriffe/Konzeptionen zu erläutern.

JELLINEK (1960) unterscheidet fünf Typen des Alkoholismus, die er, um Mißverständnissen vorzubeugen, nicht mit heuristischen Namen versah, sondern mit den ersten Buchstaben des griechischen Alphabets kennzeichnete.

Alpha-Alkoholismus

... stellt eine rein psychische und kontinuierliche Abhängigkeit von den Effekten des Alkohols dar, um körperlichen oder psychischen Schmerz zu erleichtern. Das Trinkverhalten ist in dem Sinne undiszipliniert als es gegen unausgesprochene gesellschaftliche Regeln - wie Zeitpunkt, Gelegenheit, Ort, Menge und Auswirkung auf das Individuum - verstößt, jedoch nicht zu Kontrollverlust oder Unfähigkeit zur Abstinenz führt.

Die Schäden, die durch diese Art Alkoholismus angerichtet werden, können auf Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen beschränkt bleiben. Außerdem kann es zu Schwierigkeiten im Familien-Budget, zu gelegentlichen Unregelmäßigkeiten am Arbeitsplatz und geminderter Leistungsfähigkeit und zu einigen nutritiven Defizite bei Alkoholismus aber nicht zu Entzugserscheinungen kommen. Jegliche Zeichen eines fortschreitenden Prozesses fehlen. Es ist jedoch in vielen Fällen möglich, daß sich aus dem alpha-Alk. ein gamma-Alk. entwickelt, d.h., daß es sich (retrospektiv) um eine Vorstufe (des letzteren) handelte.

Beta-Alkoholismus

... die Art Alkoholismus, bei der alkoholische Folgekrankheiten wie Polyneuropathie, Gastritis und Leber-zirrhose ohne physische oder psychische Abhängigkeit vorkommen.

Die Schäden durch diesen Typ sind vor allen Dingen die nutritiven Mangelkrankheiten, aber Schwierigkeiten mit dem Familien-Budget, verminderte Leistungsfähigkeit und eine verkürzte Lebensdauer können auch vorkommen. Entzugerscheinungen treten nicht in Erscheinung.

Gamma-Alkoholismus

... meint den Alkoholismus, bei dem (1) eine erworbene Gewebs-toleranz für Alkohol, (2) ein adaptierter Zellstoffwechsel, (3) Entzugerscheinungen und 'craving', d.h. körperliche Abhängigkeit und (4) Kontrollverlust gegeben ist.

Gamma-Alk. führt zu den bedeutendsten und ernsthaftesten Schäden. Durch den Kontrollverlust sind zwischenmenschliche Beziehungen im höchsten Maße erschwert. Die Schäden für Gesundheit und sozioökonomischen Status sind ebenfalls hervorstechender als bei anderen Formen des Alkoholismus.

Delta-Alkoholismus

... zeigt die ersten drei Charakteristika des gamma-Alk. sowie eine weniger prononcierte Ausprägung des vierten Merkmals - hier ist an die Stelle des Kontrollverlusts die Unfähigkeit zur Abstinenz getreten.

... die Fähigkeit, die Trinkmenge in jedem Augenblick zu kontrollieren, ist erhalten geblieben.

... der delta-Alk. macht nicht die zermürbenden sozialen und psychischen Erfahrungen des gamma-Alk. und zeigt auch nur wenige der Verhaltensänderungen des letzteren.

Epsilon-Alkoholismus

... soll hier weder beschrieben noch definiert werden, weil es die am wenigsten erforschte Variante des Alkoholismus zu sein scheint. Im Verlauf ihrer periodischen Trunksuchtsanfälle könne epsilon-Alk. ernsthaften Schaden anrichten.

Es soll nun auf eine Reihe von Begriffen kurz eingegangen werden, die sich ebenfalls in der Literatur finden, in dieser Untersuchung jedoch nicht berücksichtigt werden, da sich zeigen läßt, daß sie alle auch im Begriffssystem JELLINEK's gefaßt werden können, umgekehrt sich jedoch eine solche Beziehung nicht herstellen ließe.

Chronischer Alkoholismus

Dieser Begriff wird in der Literatur häufig verwendet und ebenso häufig nicht definiert - seine Bedeutung erscheint eindeutig. Der Begriff 'Alcoholismus chronicus' wurde von dem schwedischen Arzt Magnus HUSS 1849 in die Literatur eingeführt. Seine Monographie 'Alcoholismus chronicus eller kronisk alkoholsjukdom. Ett bidrag till Dyskrassiernas hännedom' wurde 1851 ins Deutsche übertragen. HUSS definierte 'Alcoholismus chronicus' auf folgende Weise: chronischer Alkoholismus ist die "Zusammenfassung solcher Krankheits-symptome des Nervensystems, die fortgehend unter chronischer Form auftreten bei Personen, die während einiger Zeit alkoholische Getränke im Übermaß zu sich genommen haben." An anderer Stelle seines Handbuchbeitrages schreibt LUNDQUIST (1972), daß man mit chronischem Alkoholismus "oder Trunksucht ... jenen Zustand oder Grad von Alkoholabhängigkeit (meint), der sich vor allem äußert im Verlust der Fähigkeit, das Trinken zu kontrollieren, wenn es einmal begonnen hat, oder die Unfähigkeit, auf Alkohol zu verzichten, auch wenn das Trinken zu Schwierigkeiten, Unbehagen oder Problemen geführt hat."

Mit dieser Spezies ist offenbar zumeist der gamma-Alkoholismus gemeint. Richtet man das Augenmerk mehr auf die körperlichen Folgekrankheiten, kommen aber auch delta- und beta-Alkoholismus in Betracht. Auf jeden Fall bedarf es einer gewissen zeitlichen Entwicklung, um diesen Typ, der von vielen als Alkoholismus schlechthin angesehen wird, überhaupt diagnostizieren zu können.

Alkohol-Abhängigkeit

Die WHO unterscheidet verschiedene Typen der Drogenabhängigkeit. Danach wird unter Drogenabhängigkeit ganz allgemein ein Zustand

psychischer und/oder physischer Abhängigkeit von einem Mittel verstanden, die bei einer Person entsteht, die dieses Mittel periodisch oder kontinuierlich einnimmt. (Siehe auch EDDY, HALBACH, ISBELL & SEEVERS, 1965). Die angegebenen Kriterien sind wesentlich allgemeiner als die JELLINEK'schen Typen gehalten, so daß sie gewissermaßen im Vorfeld dieser gesehen werden können.

Übermäßiger Alkohol-Konsum (Alkohol-Abusus)

Es ist sicherlich leicht den oberen Bereich dieses Begriffs zu umreißen. Schwierigkeiten entstehen erst bei der Abgrenzung zum maßvollen Alkohol-Konsum. Diese Frage versuchte z. B. DÖLLE auf der 74. Nordwestdeutschen Internistentagung in Hamburg 1970 zu beantworten. Nach seinen Ausführungen verstünde man unter Mäßigkeit eine tägliche Alkoholmenge von nicht mehr als 40 - 50 g Äthanol. DÖLLE hält es allerdings für besser, diese Menge nur dann als mäßig zu bezeichnen, wenn sie an nicht mehr als 3 Tagen der Woche genossen wird.

Wir halten es im Sinne multifaktorieller Definitionen jedoch für verfehlt, 'übermäßigen Alkohol-Konsum' mengenmäßig festlegen zu wollen, so bestechend diese Methode auch im Hinblick auf ihre Objektivität wäre.

Immerhin wurde aus DÖLLE's Angaben die Konsequenz gezogen, grundsätzlich den Wochenkonsum (in ml Äthanol/Woche) eines Patienten zu erfragen. Diese Methode erwies sich als ausgesprochen sinnvoll, da Patienten, die evtl. nur am Wochenende alkoholische Getränke zu sich nehmen (s. auch Wochenendtrinken/Alkoholismus), nach allgemeiner klinischer Erfahrung dazu neigen, ihren durchschnittlichen täglichen (!) Alkohol-Konsum auf ärztliches Befragen zu bagatellisieren, weil sie ja tatsächlich an den meisten Tagen der Woche wenig trinken. Unterhält man sich jedoch allgemein über Ess- und Trinkgewohnheiten an den

verschiedenen Wochentagen und errechnet dann selbst den durchschnittlichen Verbrauch, kommen plötzlich ganz andere Werte zustande.

Wohlstandsalkoholismus

Hiermit wird weniger der Trinkstil eines Einzelnen beschrieben. Die Bezeichnung dient vielmehr der Markierung eines Trends: des erheblichen Mehrverbrauchs alkoholischer Getränke im Zusammenhang mit der allgemeinen wirtschaftlichen Prosperität eines Landes bzw. einer Gesellschaft. Folgen des Wohlstandsalkoholismus in unserer Gesellschaft sind z.B. Veränderungen der Trinksitten von Frauen und Jugendlichen in Richtung eines steigenden Konsums (BATTEGAY et al., 1970; BIEL, 1971).

Daß aber auch ein enger Zusammenhang zu den negativen Folgen des Alkoholismus besteht, konnte indirekt sehr eindrücklich an den Auswirkungen der Alkoholknappheit während des 1. Weltkrieges und einiger Jahre danach gezeigt werden (KREINER, 1923; OBERMAYER, 1923; RÜTTERS, 1923): u.a. waren in Bayern praktisch keine Selbstmordfälle von Alkoholikern zu verzeichnen. BANDEL (1928) konnte in einer späteren Studie dann zeigen, daß mit der Rückkehr zu erhöhtem allgemeinen Alkohol-Konsum auch SMH von Alkoholikern wieder Ausmaße wie in den Zeiten vor dem 1. Weltkrieg erreichten.

Fernsehalkoholismus

Der Fernsehalkoholismus stellt eine besondere Form des Wohlstandsalkoholismus dar. Er wurde durch die besondere Bedeutung, die dieses Massenmedium in den letzten Jahren in immer steigendem Maße im Rahmen der abendlichen Freizeitgestaltung eingenommen hat, erst

ermöglicht und stellt formal einen gewohnheitsmäßigen Alkoholismus (beta-Alkoholismus) dar. Diese Gewohnheit wird vom Medium direkt (Werbung) und indirekt (Beispiele in Spielfilmen) aufrechterhalten und gefördert (s. besonders WURZBACHER, der sich eingehend mit diesem Thema befaßt hat).

Wochenendtrinken/alkoholismus

Hiermit wäre der starke Alkohol-Konsum einer Person oder Gruppe am Wochenende gemeint. Die Gründe dafür sind zahlreich und können prinzipiell in zwei große Motivgruppen getrennt werden:

1. Zunächst ist das Wochenende der geeignete Zeitraum für gesellschaftliche Ereignisse (Veranstaltungen, Feste, private Treffen, Vereinsaktivitäten usw.). Viele dieser Aktivitäten sind in unserem Kulturkreis mit Alkohol verbunden (MUNOZ, 1970; WIESER, 1968). Formal könnte man - bei entsprechenden Kriterien - von beta-Alkoholismus sprechen.
2. Gerade wegen der gesellschaftlichen Bedeutung des Wochenendes wird sich eine andere Gruppe von Menschen zu dieser Zeit ihrer persönlichen Probleme (Partnerlosigkeit, Partnerschwierigkeiten, soziale Isolierung bzw. -Zwangsintegration u. ä.) bewußt werden. Eine mögliche Reaktion darauf wäre die Suche nach Erleichterung und/oder Betäubung im gesteigerten Alkohol-Konsum. Hier wäre das Wochenendtrinken eher als ein alpha-Alkoholismus anzusehen.

Mit diesem Überblick sollte gezeigt werden, daß die JELLINEK'schen Typen (1.) übergeordnete Bedeutung haben, (2.) die Charakterisierung nicht-chronischer Alkoholismus-Typen (alpha- und in gewissem Ausmaß beta- und epsilon-Alkoholismus) erlaubt, (3.) andere Definitionen nur Teilaspekte des hier vorgetragenen Konzepts erfassen und (4.) die JELLINEK'schen Typen durch deskriptive Termini nicht diskriminierend definiert sind.

2. 2. 3 Persönlichkeitsuntersuchungen bei Alkoholikern und Suizidanten

Zahlreiche Autoren haben sich mit der Persönlichkeit von Alkoholikern auseinandergesetzt. 37 Arbeiten aus den Jahren 1937 - 1950 werden in einem Sammelreferat von SUTHERLAND, SCHROEDER & TORDELLA (1950) einer kritischen Analyse unterzogen. Danach erlaubte keines der beschriebenen Verfahren eine Trennung von Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern. 1957 vervollständigte SYME die Übersicht durch eine Beurteilung der Arbeiten von 1950 - 1956 und kam zu dem Schluß, daß es sicherlich verfrüht sei, zu behaupten, es gäbe keine typische präalkoholische Persönlichkeit, vielmehr seien die Methoden der Erfassung noch nicht weit genug gediehen. Eine Schwierigkeit - besonders auch im Vergleich der Ergebnisse - liegt vor allen Dingen in den zwei grundsätzlich verschiedenen Testverfahren: projektive und nicht-projektive Tests. Bei den letzteren ist die Auswertung weitgehend unabhängig vom Untersucher, da eine quantitative Festlegung der Beantwortung zugrunde liegt.

Auf die weitere Problematik beider Untersuchungsmethoden kann hier nicht eingegangen werden; es muß jedoch festgehalten werden, daß testpsychologische Persönlichkeitsmerkmale nur im Zusammenhang mit dem jeweils angewendeten Verfahren diskutiert werden können.

An der Situation nach 1956 scheint sich wenig geändert zu haben (ANTONS, 1970; ARMSTRONG, 1958; CATANZARO, 1967; McCANCE, 1970). RUSHING schreibt 1968:

... Persönlichkeitsuntersuchungen erlauben uns nicht eine alkoholische oder suizidale Persönlichkeit zu definieren oder auch nur Übereinstimmung darüber zu erzielen, wie diese Persönlichkeit etwa zu umreißen wäre.

Damit soll auf den zweiten Aspekt des Abschnitts übergeleitet werden: Untersuchungen zur Persönlichkeit von Suizidanten brachten ebenfalls das vorläufige Ergebnis, daß keine spezifische Persönlichkeitsstruk-

tur von Suizidanten determiniert werden konnte (GORCEIX, 1968; PHILIP, 1970; PÖLDINGER, 1968; RUSHING, 1968; VINODA, 1966).

Das in dieser Untersuchung verwendete FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR (FPI) von FAHRENBERG & SELG wurde erst in den letzten Jahren entwickelt und 1970 veröffentlicht. Es wurde eigens für den deutschen Sprachraum erstellt und validiert, da bisher ein zum MMPI beispielsweise vergleichbares Inventar nicht vorlag.

Aus diesen Tatbeständen wird leicht verständlich, daß es bisher kaum Veröffentlichungen gibt, die sich auf dieses Inventar beziehen. Immerhin liegt inzwischen eine interessante Studie von LADEWIG (1970) vor, in der Alkoholiker mit Drogenabhängigen verglichen werden und dabei auch mit dem FPI untersucht wurden. Bei den Alkoholikern lagen die Scores in den Skalen Nervosität, Depressivität, Emotionale Labilität und Maskulinität (im Sinne typisch weiblicher Selbstdarstellung) signifikant hoch. Bei den Drogenabhängigen (chronisch haschisch-rauchende Jugendliche) lagen dieselben Skalen hoch, sie zeigten jedoch gegenüber den Alkoholikern weniger Kontaktstörungen und größeres Durchsetzungsvermögen.

2.2.4 Psychosoziale und sozioökonomische Stellung von Alkoholikern und Suizidanten

Diese beiden Komplexe werden in der Literatur sehr unterschiedlich und uneinheitlich gehandhabt. Die Ergebnisse sind in Ermangelung vorliegender Daten nur selten mit den Normen der allgemeinen Bevölkerung zu vergleichen. Soziokulturelle Faktoren stellen eine Übertragung von einem Land in ein anderes in Frage, selbst wenn oberflächliche Übereinstimmungen in den jeweiligen gesellschaftlichen Gegebenheiten bestehen mögen.

CANTRIL (1965) konnte in einer Studie an 25.000 Individuen aus 11 Ländern zeigen, wie wenig nationale, aber durchgehend sozio-ökonomische Unterschiede die Beantwortung eines Fragebogens zu 'Hauptanliegen' (Wünsche, Befürchtungen u. ä.) beeinflussten und folgerte daraus, daß die Sorge um die Befriedigung unmittelbar biologisch-existentieller Bedürfnisse bei Vertretern der Unterschichten so stark vorherrscht, daß Anteilnahme an anderen Lebensbereichen in den Hintergrund gedrängt wird. Es gibt danach also eher klassenspezifische bzw. sozioökonomisch determinierte als nationale Anliegen (s. o.). Für die Vergleichbarkeit wissenschaftlicher Untersuchungen wären unter diesem Aspekt - Unbedeutsamkeit nationaler Unterschiede und große Bedeutung sozioökonomischer Zuordnung - schwer erfüllbare Forderungen zu erheben: eine verlässliche Einschätzung der sozioökonomischen Verhältnisse auf nationaler und internationaler Ebene müßte möglich sein, um wirklich gleiche Versuchsgruppen miteinander vergleichen zu können, was wiederum zu einer Verwischung soziokultureller Unterschiede führen würde.

Was hier am Beispiel der sozioökonomischen Stellung erläutert wurde, trifft in gleichem, wenn nicht stärkerem Ausmaß für die psychosoziale Stellung der Patienten zu: soziokulturelle Faktoren gestalten den persönlichen und zwischenmenschlichen Rahmen eines Individuums in entscheidender Weise. Schließlich muß man sich davor hüten, die beiden angesprochenen Komplexe zu sehr zu trennen, worauf EDWARDS und seine Mitarbeiter (1966, 1969 u. 1971) immer wieder hingewiesen haben:

'... reiche Leute haben weniger Anlaß als arme, sich in Verhaltensweisen und Lebensansichten zu ergehen, die ihnen die Diagnose Psychopathie⁺ einträgt.'

Wir wollen nun unsere Vorstellungen zu diesen beiden Komplexen dar-

⁺ Der Begriff 'Psychopathie' wird im angloamerikanischen Schrifttum mehr im Sinne dissozialer Verhaltensweisen verstanden.

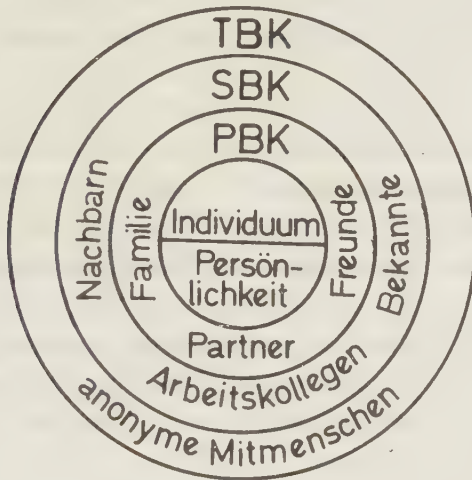
legen, wie sie sich aus dem Studium der entsprechenden Literatur ergeben haben. Dabei wollen wir im weiteren Verlauf nur die im speziellen Zusammenhang interessierenden Arbeiten aufführen.

2. 2. 4. 1 Psychosoziale Stellung von Alkoholikern und Suizidanten

Mit dem Begriff der psychosozialen Stellung sollte der zwischenmenschliche Aktionsrahmen der Patienten erfaßt werden. Alter und Geschlecht sind dabei das Individuum unmittelbar determinierende Größen. Komplexere Merkmale wie z. B. Persönlichkeit (Psyche bzw. psychische Eigenschaften) wurden aus Gründen objektiver Vergleichbarkeit allein durch das schon erläuterte Freiburger Persönlichkeitsinventar erfaßt. Unsere Persönlichkeitsbeschreibung erhebt damit keinen Anspruch, der über die von den Autoren des FPI gegebenen Erläuterungen hinausgeht.

Auf der Gegenseite zum Individuum finden wir die unterschiedlichen Bezugspersonenkreise, die wir in den primären, sekundären und tertiären Bezugspersonenkreis einteilen möchten. Mit dem primären Bezugspersonenkreis (PBK) sollten die Familienangehörigen durch Geburt und Heirat (Zivilstand und Haushaltsgröße: Geschwister, Groß- oder Schwiegereltern) sowie äquivalente Personen/Personengruppen (Partner, enge Freunde) gemeint sein. In den sekundären Bezugspersonenkreis (SBK) rechnen wir Bekannte (im Gegensatz zu engen Freunden), Nachbarn, soweit mit diesen ein kommunikatives Verhältnis besteht, Arbeitskollegen und Vereinskameraden, wobei die gleichen Einschränkungen wie bei den Nachbarn gelten. Der tertiäre Bezugspersonenkreis (TBK) ist schließlich durch die anonymen Mitmenschen gegeben. Hier wären weitere Unterteilungen - etwa in anonyme City-Kultur, Landbevölkerung usw. - denkbar. Wir glauben, mit diesem Schema (s. a. Skizze) eine Reihe von Geschehnissen im psychosozialen Bereich der Suizidanten und speziell der Alkoholiker unter ihnen erläu-

tern zu können und damit zu einer näheren Bestimmung allgemeiner Begriffe wie 'soziale Isolierung' (social isolation) beizutragen.



Durch das Schema soll zum Ausdruck gebracht werden, daß die Individuum-nahen Ebenen mehr 'persönliche Energie' zu ihrer Erhaltung erfordern und als 'Gegenleistung' den psychosozialen Schutz bzw. die psychosoziale Stabilität ausmachen. Störungen in den Individuum-nahen Ebenen bedeuten deshalb auch größere 'Gleichgewichtsstörungen' der psychosozialen Balance und werden mit massiveren Reaktionen des Individuums beantwortet. Als Beispiele können die SMH junger Menschen nach akutem Partnerschaftskonflikt angesehen werden: die Störung im PBK gibt hier den entscheidenden Ausschlag zur SMH. Ob dabei, wie McCULLOCH & PHILIP (1972) in etwas anderem Zusammenhang vermuten, auch die übrigen Ebenen schon gestört sein müssen, läßt sich unserer Meinung nach nicht ohne weiteres zeigen.

STRAUS & BACON haben sich schon 1951 sehr eingehend mit dem Problem der 'sozialen Stabilität' (social stability) bei Alkoholikern aus-

einandergesetzt und eine einfache Skala zur Abschätzung der sozialen Stabilität entwickelt, in der Zivilstand, Wohnverhältnisse, Wohnortwechsel und Arbeitsverhältnisse eingehen. Wir haben diese Skala für den psychosozialen Bereich um die korrespondierenden zwischenmenschlichen Merkmale Nachbarn, Bekannte und Arbeitskollegen (s.o.) erweitert.

Prozesse der sozialen Isolierung, wie sie für Alkoholiker und Suizidanten gleichermaßen typisch sind (CLARK, 1966; DAVIES, SHEPHERD & MYERS, 1956; FEUERLEIN, 1969; KRYSPIN-EXNER, 1963; LUNDQUIST, 1972; RUSHING, 1968; SELZER & HOLLOWAY, 1957; STENGEL, 1964; WIESER, 1966 u. 1972; WIESER & KUNAD, 1965) - wobei das jeweilige Ausmaß nicht präjudiziert sein soll - lassen sich insgesamt als zumeist irreversible Störungen des PBK mit gesteigerter Fluktuation im SBK und relativem Überwiegen der anonymen Beziehungen (TBK) beschreiben.

Wenn diese Entwicklung im Falle der Alkoholiker auch häufig nur für die chronischen Formen (gamma- und delta-Alkoholismus) herausgestellt wurde, darf darüber nicht vergessen werden, daß auch die übrigen Formen des Alkoholismus (alpha und beta) definitionsgemäß zu Veränderungen im psychosozialen Bereich führen: beim alpha-Alkoholismus wirken sich Schuldgefühle und depressive Verstimmungen gerade auf den Kreis der primären Bezugspersonen aus, gelegentliche Unregelmäßigkeiten am Arbeitsplatz können je nach primären Arbeitsplatzverhältnissen zu Wechseln (zunächst häufig auf Betreiben des Alkoholikers!) und damit zu Störungen auch im SBK führen. Der beta-Alkoholiker wird dagegen gerade am Arbeitsplatz weniger Schwierigkeiten haben, da sein Alkoholismus durch einen 'alkoholnahen Beruf' gerade aufrechterhalten wird. Störungen sind hier durch Interferenz mit dem Familien-Budget auf der primären Ebene zu suchen. Die alkoholischen Folgekrankheiten betreffen das Individuum selbst, was sich zumindest temporär in Störungen aller Bezugspersonenkreise ausdrückt.

Bei Suizidanten (keine Alkoholiker) ist von allen Untersuchern im Zusammenhang mit der Motivation der SMH und den Ansatzpunkten einer Prävention immer wieder auf die Störungen im PBK hingewiesen worden (s. u. a. die Monographien von PÖLDINGER, 1968; RINGEL, 1969; STENGEL, 1964 und THOMAS, 1966). Ein besonderer Aspekt dieses Komplexes sind die Untersuchungen zur 'broken-home'-Problematik bei Suizidanten (s. BRUHN, 1962 - dort auch weitere Lit.angaben). Aber auch die anderen Ebenen können gestört sein: ist das Individuum selbst psychisch gestört, wie z. B. im Fall der endogenen (speziell schizophrenen) Psychosen, ist das psychosoziale Gleichgewicht schon in seiner Entfaltung unausgewogen. So weisen MADDISON & MACKEY (1966), die sich auch auf eine Untersuchung von SHNEIDMAN, FARBROW & LEONARD (1962) beziehen, darauf hin, daß gerade bei Schizophrenen SMH in unvorhersehbarer und scheinbar gut adaptierter Verfassung vorkommen.

Andere haben die Störung aller zwischenmenschlichen Bereiche herausgestellt (ETTLINGER & FLORDH, 1955; GREER, GUNN & KOLLER, 1966; KESSEL, 1965; KOCKOTT, HEYSE & FEUERLEIN, 1970; LINDEN, 1969; McCULLOCH, PHILIP & CARSTAIRS, 1967; SAINSBURY, 1955). Ob der Verlust sozialer Stabilität bei Alkoholikern in jedem Fall ausgeprägter als bei Suizidanten ist, kann aus der Literatur nicht entnommen werden. Ebenso läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob den Alkoholiker unter den Suizidanten besonders desolate psychosoziale Verhältnisse charakterisieren.

2. 2. 4. 2 Sozioökonomische Stellung von Alkoholikern und Suizidanten

Unter dem Begriff der sozioökonomischen Stellung sollen Merkmale, die zur materiellen Sicherung des Individuums dienen, zusammengefaßt werden. Wesentliche Voraussetzungen der materiellen Sicherung wie Vermögen, Schulbildung, Berufsausbildung, müssen mit den er-

reichten (anamnestisch und zum Zeitpunkt der Untersuchung) tatsächlichen Verhältnissen - Arbeitsplatz, Bezahlung, abhängiger Personenkreis und Lebensstandard (Wohnverhältnisse, Freizeit- und Konsumeigenheiten) - verglichen werden. Es wurde bewußt darauf verzichtet, eine soziale Einstufung etwa im Sinne sozialer Klassen vorzunehmen, da die Kriterien für ein entsprechendes Vorgehen zu vage erscheinen (s. z.B. DIETRICH + HERLE). Herkömmliche Sozialkategorien scheinen ohnehin mehr und mehr in Auflösung begriffen zu sein.

Inzwischen ist eine derartige Fülle von Berufen entstanden, die der untersuchende Arzt kaum noch verläßlich einordnen kann. Eine systematische Untersuchung des Statistischen Bundesamtes (1961) erfaßte ca. 30.000 Berufsbezeichnungen, worin allerdings eine erhebliche Anzahl synonyme Begriffe enthalten ist. Trotzdem gibt es immerhin ca. 300 Berufe mit vorgeschriebener Ausbildung und eine erheblich größere Zahl solcher Berufe, die eine betriebsspezifische Anlernzeit voraussetzen.

Auch der Verdienst (Lohn) ist kein sicherer Indikator der sozialen Stellung: bestimmte Spezialarbeiter können ohne weiteres das mehrfache Gehalt eines Hochschulabsolventen beziehen, werden als Arbeiter aber dennoch ein niedrigeres Sozialprestige als jene genießen. Die entstandene Verwirrung wird durch anspruchsvolle Berufsbezeichnungen wie Fleuristin für Blumenverkäuferin noch verstärkt, da die Namensveränderung nicht mit entsprechenden ökonomischen Verbesserungen einherging.

Schließlich muß noch darauf hingewiesen werden, daß in zunehmendem Maße ein- oder mehrfacher Berufswechsel eine Folgeerscheinung unserer Wirtschaftsstruktur ist und nicht unbedingt einen sozialen Auf- oder Abstieg signalisiert. Entsprechend sind die traditionell-emotionalen Bindungen an den Arbeitsplatz oder gar den Arbeitgeber lockerer geworden.

STENGEL (1964) kommt aufgrund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß materielle (sozioökonomische) Faktoren beim Zustandekommen der SMH keine wesentliche Rolle spielen. Die Motivation liege im psychosozialen Bereich (s. o.), die häufig mit dem Schlagwort der sozialen Isolation zusammenfassend etikettiert wird. Andere Autoren schließen sich dem an, erwähnen - und in Einzelfällen betonen - jedoch auch die sozioökonomische Situation der Patienten (ACHTE & GINMAN, 1966; BREED, 1963; BRUHN, 1962; CHODORKOFF, KRYSTAL, NUNN & WITTENBERG, 1961; ETTLINGER & FLORDH, 1955; FABEROW & SHNEIDMAN, 1957; RINGEL & ROTTER, 1957; ROBINS, SCHMIDT & O' NEAL, 1957).

Anders dagegen bei Alkoholikern und besonders bei den Suizidanten unter ihnen: hier wird eine verschlechterte sozioökonomische Stellung (sozialer Abstieg) geradezu erwartet, was zum Teil damit zusammenhängen mag, daß die Diagnose des Alkoholismus oft Einbußen des sozialen und materiellen Status' beinhaltet (BATCHELOR, 1954; KIELHOLZ & BATTEGAY, 1967; KÜRBITZ, 1907; PALOLA, DORPAT & LARSON, 1962; RINGEL & ROTTER, 1957; SCHNEIDER, MASSON & PERROT, 1965; WARKOV, BACON & HAWKINS, 1965; WIESER, 1968; WIESER & KUNAD, 1965).

RUSHING (1968) hält es dagegen für verfrüht, hierüber Aussagen zu machen und GLATT & WHITELEY (1956), KORNMAALER & SÖRENSEN (1967) sowie JENSEN (1970) - interessanterweise Autoren aus ausgesprochenen Wohlfahrtsstaaten - kommen zu gegenteiligen Ansichten: bei den von ihnen untersuchten Suiziden von Alkoholikern habe der sozioökonomische Status zum Zeitpunkt des SM keine Rolle gespielt. Sieht man von den dargelegten Tatbeständen einmal ab, wäre weiterhin zu fragen, ob mit einer statischen Angabe zum sozioökonomischen Status eines Patienten überhaupt etwas anzufangen wäre, oder ob nicht vielmehr nach dem jeweils relativen, sozioökonomischen Status zu fragen wäre. So können 10.000 DM Schulden in einem Fall ein ver-

ständliches SMH-Motiv, im anderen Fall eine unerhebliche Schwankung des Vermögens darstellen.

Abschließend möchten wir noch einmal darauf hinweisen, daß Persönlichkeit, psychosoziale und sozioökonomische Stellung und soziokulturelle Besonderheiten Faktoren eines komplexen dynamischen Systems, der Biographie und Prognose eines Patienten, sind, so daß die isolierte Betrachtung eines Faktors notwendigerweise ein verzerrtes und unvollständiges Bild ergeben muß. Vorurteile bezüglich der Bedeutung einzelner Merkmale führen über therapeutische Einseitigkeit zu prognostischen Konsequenzen für den Patienten (s. a. CHANDLER, HAUSMANN & EDWARDS, 1971).

3. THESEN AUS DER LITERATUR

- 3.1 Alkoholismus und SMH sind Verhaltensweisen, die als Reaktionen auf gemeinsame Ursachen erfolgen.
- 3.2 Alkoholismus und SMH sind deviante Verhaltensweisen und ziehen deshalb eine Reihe sozialer Konsequenzen nach sich, die sich zum Teil decken.
- 3.3 Die Mehrzahl der Autoren nimmt eine erhöhte Rezidivrate der SMH bei den Alkoholikern an.
- 3.4 Alkoholikerinnen sind womöglich besonders SMH-gefährdet, weil die Gesellschaft bisher den weiblichen Alkoholismus noch weniger als den männlichen toleriert.
- 3.5 A-SMH und SMH treten häufig bei Störungen im zwischenmenschlichen Bereich (psychosoziale Stellung) auf.
- 3.6 A-SMH und SMH mögen Persönlichkeitsmerkmale zeigen, die sich von der Normbevölkerung unterscheiden: es gibt bisher kein Inventar, mit dem diese Unterscheide verlässlich erkannt werden können.
- 3.7 Man kann zwischen der Population der SM und der Population der SMV Unterschiede feststellen, die eine getrennte Untersuchung der SMV erlauben.
- 3.8 Es lassen sich unterschiedliche SMV-Formen nach dem Grad der verwirklichten Selbsttötungstendenzen unterscheiden. Diese Unterscheidungen haben klinisches und theoretisches Interesse und geben gleichzeitig den Ernsthaftigkeitsgrad einer SMH wieder.

- 3. 9 Angaben über die Ernsthaftigkeit der A-SMH sind kontrovers.
- 3. 10 Es lassen sich viele Arten von Alkoholismus definieren. Durch das JELLINEK'sche Alkoholismus-Konzept lassen sich alle Arten in einem einheitlichen Definitionssystem fassen.
- 3. 11 Sozioökonomische Faktoren sollen Alkoholismus und SMH beeinflussen. Es wird von einigen Autoren vermutet, daß diese Faktoren bei Alkoholikern häufiger zum Tragen kommen.

4. HYPOTHESEN DIESER UNTERSUCHUNG

Aus der Literaturübersicht zum Thema und den daraus extrahierten Thesen wurden folgende Hypothesen für die vorliegende Untersuchung zusammengestellt:

- 4.1 A-SMH und SMH zeigen keine Unterschiede in ihrer Persönlichkeit, wie diese sich durch die Selbstdarstellung im FPI ermitteln läßt.
- 4.2 Die A-SMH sind nicht ernsthafter als die SMH.
- 4.3 Bei A-SMH und SMH finden sich in gleichem Umfang Merkmale psychosozialer Desintegration.
- 4.4 Die Motivation der A-SMH ist häufiger durch Elemente der sozioökonomischen Einflußsphäre gekennzeichnet als bei den SMH.

5. MATERIAL UND METHODEN

Es folgt eine Übersicht über die Auswahlkriterien der Patienten (5. 1), die Untersuchungsmethoden (5. 2) und den Untersuchungsablauf (5. 3).

5.1 Auswahlkriterien der Patienten

In der Zeit vom 1. 2. 71 bis 31. 10. 71 wurden Patienten, die wegen einer SMH in eine der beiden großen Münchener Kliniken: (1) Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität der Stadt München, Toxikologische Abteilung und (2) Krankenhaus München-Schwabing (KMS) aufgenommen wurden, untersucht. Die Pat. des KMS wurden im Rahmen der poliklinischen Routine-Untersuchung durch das Max-Planck-Institut für Psychiatrie München gesehen. Die Pat. der Toxikologischen Abteilung wurden dort untersucht.

Da das FPI nur für Altersgruppen jenseits des 15. Lbj. validiert wurde, mußten die Pat. entsprechend alt sein, wenn sie in die Untersuchung aufgenommen werden sollten. Auf der anderen Seite wurde kein Pat. über 50 Jahre untersucht, da sich in dieser Altersgruppe die SMV-Problematik relativ sprunghaft in eine SW-Problematik wandelt (McCULLOCH & PHILIP, 1972), so daß These 3.7 aus der Literaturübersicht nicht mehr gegeben zu sein scheint.

Die Pat. mußten wegen einer SMH aufgenommen worden sein, d.h. es wurden keine Pat. untersucht, die z.B. einen oder mehrere SMH lediglich in der Anamnese aufwiesen.

Bei allen Pat. handelte es sich um eine SMH durch Intoxikation, die in verschiedenen Fällen durch Schnittverletzungen am Handgelenk

kompliziert sein konnten. Auf diese Unterschiede wurde nicht gesondert hingewiesen, da versucht wurde, das multifaktorielle Geschehen in Ernsthaftigkeitsabstufungen auszudrücken. Eine Erfassung auch anderer SMH, die wegen chirurgischer Komplikationen (Frakturen etc) auf entsprechenden Stationen zu finden gewesen wären, wurde aus methodischen Gründen nicht angestrebt - ganz abgesehen von dem erheblich größeren organisatorischen Aufwand.

Die Pat. mußten sich zur Untersuchung - das gilt vor allen Dingen für die Pat. der Toxikologischen Abteilung - bereit erklären. Die Pat. mußten im Sinne der unten aufgeführten Kriterien den diagnostischen Gruppen A-SMH und SMH zuzuordnen sein. Diese letzte Bedingung wird dadurch verständlich, daß alle anderen SMH, die von einer anderen der im WHO-Schema (s. 2.2.2 Abhängigkeit von Alkohol) aufgeführten Substanzen abhängig waren, nicht in die Kontrollgruppe aufgenommen werden konnten, da die Alkoholiker nicht mit anderen Abhängigen verglichen werden sollten, weil denkbar wäre, daß allgemeine Faktoren der Abhängigkeit einer so 'durchsetzten' Kontrollgruppe bestehende Unterschiede zur Untersuchungsgruppe der A-SMH verwischt hätten.

Aus einer Voruntersuchung ging hervor, daß etwa 4 SMH-Fälle auf 1 A-SMH-Fall kommen, so daß entsprechend jedem 2. A-SMH-Fall jeder 8. SMH-Fall in die Untersuchung aufgenommen wurde, um Auslesefaktoren innerhalb des Untersuchungsmaterials im Zufallsbereich zu belassen. Auf diese Weise wurden 39 A-SMH und 40 SMH als Kontrollgruppe beiderlei Geschlechts in die Studie aufgenommen.

5.2 Untersuchungsmethoden

Die Untersuchungsmethodik gliedert sich in ein teils 'semistandardisiertes Interview', teils 'standardisiertes' (5.2.1) und einen 'testpsychologischen Teil' (5.2.2).

5.2.1 Das Interview

Hiermit sollte Aufschluß über folgende Fragenkomplexe erzielt werden:

1. Allgemeine Lebensdaten (s. Anhang)
2. Abhängigkeit von Alkohol und Klassifizierung nach JELLINEK
3. Arrangement, Motivation und Klassifizierung der SMH
4. Klassifizierung der psychosozialen Stellung
5. Klassifizierung der sozioökonomischen Stellung

5.2.1.2 Abhängigkeit von Alkohol und Klassifizierung nach JELLINEK

Als Alkoholiker wurde jeder Pat. eingestuft, der nach dem JELLINEK'schen Alkoholismus-Konzept als solcher eingestuft werden konnte.
(S. auch 2.2.2)

Der Diagnosevorgang spielte sich so ab, daß dem Interview ein 'roter Faden' von 52 Items mit unterschiedlicher Abstufung diene. Grundsätzlich wurden nur Angaben des Pat. bewertet, da nicht in allen Fällen Fremd-Anamnesen zu erhalten waren und dadurch unterschiedliche Gewißheitsgrade der Diagnosen zustandegekommen wären. Es ist vielleicht noch zu betonen, daß die angewendeten Items nicht den Anspruch erheben, ein in jedem Fall verlässliches Diagnose-Schema des Alkoholismus zu liefern, vielmehr sollte damit nur eine Einheitlichkeit des diagnostischen Interviews erzielt werden. Der Autor hatte außerdem diagnostische Erfahrungen während einer 4-monatigen Tätigkeit auf einer Alkoholiker-Abteilung im Jüdischen Krankenhaus Berlin sammeln können.

5.2.1.3 Arrangement, Motivation und Klassifizierung der SMH

Wie schon in der Literaturübersicht erläutert und definiert wurde,

werden folgende Verhaltensweisen unter dem Begriff SMH subsumiert (1) PSP, (2) PSG, (3) SMV und (4) SMV-SM. Die Einbeziehung der PSH wurde aus zwei Gründen vorgenommen:

1. Viele PSH sind leicht als SMV zu verkennen und
2. werten eine Reihe von Autoren das hier als PSH definierte Verhalten als SMV.

Das Gerüst des Interviews bestand aus 19 Items mit unterschiedlich starken Abstufungen (s. Anhang). Grundsätzlich gelten hier auch die schon im vorangegangenen Abschnitt gemachten Einschränkungen bezüglich der Validität der Items.

Die getroffenen diagnostischen Klassifizierungen stellen gleichzeitig die Zuordnung zu unterschiedlichen Ernsthaftigkeitsgruppen dar, wie das schon bei der Definition der einzelnen Begriffe in der Literaturübersicht angedeutet wurde.

5.2.1.4 Klassifizierung der psychosozialen Stellung

In der Literaturübersicht bemühten wir uns zu zeigen, daß dieser Punkt nur ansatzweise erfaßt werden kann, da es an verbindlichen Untersuchungsinstrumenten fehlt.

Es wurde versucht, diesen Fragenkomplex breiter aufgefächert als bisher zu beantworten.

(Listung der einzelnen Items s. Anhang)

5.2.1.5 Klassifizierung der sozioökonomischen Stellung

Hier gelten die schon bei Punkt 5.2.1.4 gemachten Einschränkungen. Die einzelnen Items des diesbezüglichen Interviewteiles (s. Anhang) wurden bewußt mehr formal ausgerichtet. Es wurde auch schon darauf hingewiesen, daß derzeit keine brauchbaren Einstufungskriterien für Sozialklassen vorliegen.

5. 2. 2 Testpsychologische Untersuchungen

5. 2. 2. 1 Abschätzung der Intelligenz

Die Abschätzung der Intelligenz erfolgte nach der von DAHL (1968) angegebenen Kurzfassung des HAWIE mit dem WIP.[†] Diese Testform besteht aus den Untertests 'Allgemeines Wissen' (AW), 'Gemeinsamkeitsfinden' (GF), 'Bilderergänzen' (BE) und dem 'Mosaiktest' (MT) des HAWIE und wird nach den Vorschriften von WECHSLER (1964) durchgeführt. Mit einer von DAHL angegebenen Umrechentabelle der ermittelten Wertpunkte in sogenannte gewichtete Wertpunkte wird der endgültige IQ aus den Tabellen zum HAWIE errechnet, so daß ein direkter Vergleich mit dessen Ergebnissen möglich ist.

Obwohl keine Hypothese für die Intelligenzverteilung formuliert wurde, mußte eine Abschätzung der Intelligenz durchgeführt werden, da bei zu niedrigem IQ die Beantwortung des FPI in Frage gestellt ist.

5. 2. 2. 2 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar

Zur eingehenden Information über dieses Inventar sei auf die 'Handanweisung zur Durchführung und Auswertung' hingewiesen (FAHRENBURG & SELG, 1970). Neben einer kurzen Darstellung der einzelnen Dimensionen sei noch auf folgende Punkte hingewiesen:

Man kann die Testwerte als Skalenwerte der Selbstschilderung auffassen und entsprechend interpretieren. Zu diesem Zweck sind die heuristischen Etikettierungen auf dem Auswertungsbogen wiedergegeben.

Die Durchführung und Auswertung des Tests sind in hohem Maße objektiv, d.h. vom untersuchenden Psychologen unabhängig. Die Testinterpretation ist intersubjektiv gut zu kontrollieren, weil sie sich auf objektive Testwerte stützt. Eine Objektivität im Sinne der Undurchschaubarkeit des Tests besteht allerdings nicht.

Es folgt eine Übersicht über die einzelnen Skalen:

[†] Reduzierter Wechsler-Intelligenztest für psychiatrisch Kranke (WIP)

- FPI 1: NERVOSITÄT (psychosomatisch gestört - psychosomatisch nicht gestört)
Hoher Testwert: Proband (Pb) nennt körperliche Beschwerden, psychosomatische Allgemeinstörungen und starke körperliche Affektresonanz
- FPI 2: AGGRESSIVITÄT (aggressiv, emotional unreif - nicht aggressiv, beherrscht)
Hoher Testwert: Pb räumt spontane Aggressionsakte, Impulsivität und Unbeherrschtheit ein
- FPI 3: DEPRESSIVITÄT (mißgestimmt, selbstunsicher - zufrieden, selbstsicher)
Hoher Testwert: Pb schildert Mißstimmung, Angst, Einsamkeit, Konzentrationsmangel und Minderwertigkeitsgefühle
- FPI 4: ERREGBARKEIT (reizbar, leicht frustriert - ruhig, stumpf)
Hoher Testwert: Pb schildert Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, aufbrausende Affekte
- FPI 5: GESELLIGKEIT (gesellig, lebhaft - ungesellig, zurückhaltend)
Hoher Testwert: Pb schildert Kontaktbedürfnis und Kontaktstreben, Lebhaftigkeit
- FPI 6: GELASSENHEIT (sich selbst vertrauend, gut gelaunt - irritierbar zögernd)
Hoher Testwert: Pb schildert Selbstvertrauen, gute Laune, u.U. belastbar, ausdauernd und unerschütterlich
- FPI 7: DOMINANZSTREBEN (sich durchsetzend, streng - nachgiebig, mäßig)
Hoher Testwert: Pb schildert reaktive Durchsetzung, egozentrisches Weltbild, Neigung zu autoritär-konformistischem Denken
- FPI 8: GEHEMMTHEIT (gehemmt, gespannt - ungezwungen, kontaktfähig)
Hoher Testwert: Pb schildert Schüchternheit, Lampenfieber und körperliche Beschwerden vor bestimmten Anlässen, geringe Tatkraft
- FPI 9: OFFENHEIT (offen, selbstkritisch - verschlossen, unkritisch)
Hoher Testwert: Pb schildert verschiedene kleine Schwächen

und gibt kleine Fehler zu, die wahrscheinlich jeder hat.

Niedriger Testwert: Pb dissimuliert, möchte guten Eindruck machen, u.U. Selbstgefälligkeit oder Verschlossenheit

FPI E: EXTRAVERSION (extravertiert - introvertiert)

Hoher Testwert: Pb schildert Geselligkeit, Lebhaftigkeit, Aktivität und Erregbarkeit

FPI N: EMOTIONALE LABILITÄT (emotional labil - emotional stabil)

Hoher Testwert: Pb schildert Mißstimmung, Reizbarkeit, Grübeleien, Kontaktstörung

FPI M: MASKULINITÄT (typisch männliche - typisch weibliche Selbstschilderung)

Hoher Testwert: Pb schildert aktives Durchsetzungsvermögen, ausgeglichene Stimmungslage, wenig körperliche Beschwerden, wenig psychosomatische Allgemeinstörungen

6. ERGEBNISSE

Es folgt eine tabellarische Übersicht der Untersuchungsergebnisse.
Zunächst die allgemeinen Daten: Alter, Geschlecht und Zivilstand:

6.1 Allgemeine Daten

6.1.1 Alter

A-SMH	SMH	Altersgruppen
2	14	15 - 20
9	9	21 - 25
10	13	26 - 30
11	3	31 - 40
7	1	41 - 50

$\chi^2 = 18.453$ bei 4 Freiheitsgraden, signifikanter Unterschied auf der 1 %-Ebene

6.1.2 Geschlecht

A-SMH	SMH	
27	10	männlich
12	30	weiblich

$\chi^2 = 13.789$ bei 1 Freiheitsgrad, signifikanter Unterschied auf der 1 %-Ebene

6.1.3 Zivilstand

A-SMH	SMH	
22	25	ledig
8	10	verheiratet
6	2	geschieden
2	2	geschieden und wieder verheiratet
1	1	getrennt lebend

$\chi^2 = 4.865$ bei 4 Freiheitsgraden, nicht signifikant

'Verwitwet' wurde zwar bei der Befragung berücksichtigt, trat jedoch in beiden Gruppen nicht auf und wurde deshalb zur Berechnung des CHI^2 -Wertes nicht aufgeführt.

6.2 SMH

6.2.1 Arrangement und Klassifizierung der SMH (Ernsthaftigkeit)

A-SMH	SMH	
3	3	PSP
4	5	PSG
31	30	SMV
1	2	SMV-SM

$\text{CHI}^2 = 0.882$ bei 3 Freiheitsgraden, nicht signifikant

6.2.2 Motivation der SMH

A-SMH	SMH	
13	21	Partnerkonflikt
6	7	Familienkonflikt
15	10	Konflikt im engeren sozialen Bereich (Freunde, Arbeitsplatz u. ä.)
6	1	wirtschaftlich-soziale Krise
10	12	Vereinsamung
7	4	Angst vor Strafe oder Schande

(bei diesen Zahlenangaben ist zu beachten, daß Mehrfachnennungen möglich waren)

6.2.3 Verteilung von Arrangement und Klassifizierung bei den verschiedenen Alkoholiker-Typen

alpha	beta	gamma	delta	
1	0	1	1	PSP
2	1	1	1	PSG
18	4	5	3	SMV
0	0	1	0	SMV-SM

6.3 Klassifizierung des Alkoholismus (JELLINEK'sche Typen)

alpha	beta	gamma	delta
21	5	8	5

6.4 Psychosoziale Stellung

Obwohl der Untersucher bei 30 Alkoholikern gegenüber 19 Patienten der Vergleichsgruppe den Eindruck (!) hatte, daß diese als 'entwurzelt' oder zumindest als 'sozial isoliert' zu beurteilen seien, konnte dieser Tatbestand durch die entsprechenden Items des Interviews nur mit Einschränkungen (s. 7.4) korroboriert werden, wobei zu beachten ist, daß die diesbezüglichen Items lediglich den Versuch einer Annäherung an das Problem darstellen. Wenn der klinische Eindruck nicht trügt, kommt ihm Aussagekraft zu:

6.4.1	A-SMV	SMV	psychosoziale Stellung nach klinischem Eindruck
	9	21	nicht sozial isoliert
	30	19	sozial isoliert
	$\text{CHI}^2 = 6.062$ bei 1 Freiheitsgrad, signifikant auf der 1 %-Ebene		

Signifikante Unterschiede ließen sich nur bei 3 Items im Sinne des klinischen Eindrucks gewinnen:

6.4.2	A-SMV	SMV	Mitmenschen in den gegebenen Wohnverhältnissen
	9	4	allein; keine Mitmenschen
	5	17	bei eigenen Eltern
	12	13	bei eigener Familie
	13	6	in anonymen Untermietverhältnissen
	$\text{CHI}^2 = 11.08$ bei 3 Freiheitsgraden, signifikant auf der 1 %-Ebene		

Setzt man die anonymen Untermietverhältnisse den Wohnverhältnissen ohne Mitmenschen gleich und zieht die Verhältnisse: bei eigenen Eltern

und bei eigener Familie zu einer einheitlichen Gruppe: bei Familienangehörigen zusammen, ergibt sich folgendes Bild:

6.4.3	A-SMV	SMV	Mitmenschen in den gegebenen Wohnverhältnissen
	22	10	allein
	17	30	bei Familienangehörigen

$\chi^2 = 8.08$ bei 1 Freiheitsgrad, signifikant auf der 1 %-Ebene

Dieses von äußerlichen Verhältnissen bestimmte Bild deckt sich gut mit der emotionalen Beziehung der Patienten zu ihren Familienangehörigen:

6.4.4	A-SMV	SMV	emotionale Beziehung zur Familie ⁺
	6	4	keine
	6	2	zu Geschwistern (1)
	5	6	zu Eltern (2)
	2	1	zu anderen Familienangehörigen (3)
	11	25	zu Kombinationen von (1)-(3)
	9	2	nur noch sehr selten

$\chi^2 = 12.713$ bei 5 Freiheitsgraden, signifikant auf der 2 %-Ebene

Interessanterweise ließ sich auch für die Frage eines Briefkontaktes ein signifikanter Unterschied feststellen:

6.4.5	A-SMV	SMV	Briefkontakt
	25	13	negiert
	2	8	mit einer Person, regelmäßig
	2	4	mit einer Person, selten
	2	11	mit mehr als einer Person, regelmäßig
	8	4	mit > einer Person, selten

$\chi^2 = 15.61$ bei 4 Freiheitsgraden, signifikant auf der 1 %-Ebene

Für das Item 'Freundeskreiswechsel' deutet sich ein signifikanter Unterschied lediglich an:

⁺ emotionale Beziehung meint hier nur die positiven Einstellungen

6.4.6	A-SMV	SMV	Freundeskreiswechsel
	22	27	negiert
	5	9	wenige Freunde distanzieren sich vom Pat.
	12	4	viele Freunde distanzieren sich v. Pat.

$\chi^2 = 5.908$ bei 2 Freiheitsgraden, signifikant auf der 5 %-Ebene

Alle übrigen Items zu diesem Komplex brachten keine signifikanten Unterschiede.

6.4.7	A-SMH	SMH	Vertrauensperson/Personen
	4	6	keine
	6	7	eine
	4	5	mehrere
	2	1	eine, aber räumlich weit getrennt
	23	21	leider keine

nicht signifikant

6.4.8	A-SMH	SMH	Umzüge überhaupt
	1	5	keine
	24	28	1-5mal
	7	6	6-10mal
	7	1	mehr als 10mal

nicht signifikant

6.4.9	A-SMH	SMH	Umzüge im letzten Jahr
	24	28	keine
	9	10	einmal
	3	1	zweimal
	3	1	mehr als zweimal, weniger als fünfmal

nicht signifikant

6.4.10	A-SMH	SMH	Bekanntschaften (Nachbarn, Vereinskameraden, Arbeitskollegen)
	2	0	keine
	8	6	wenige
	15	22	genügend
	6	5	aber nicht die richtigen
	8	7	leider keine

nicht signifikant

Hier muß darauf hingewiesen werden, daß durch die Antwortmöglichkeiten 'Ja, aber nicht die richtigen' (subjektive Störung der psychosozialen Befindlichkeit) und 'Nein, leider keine' (subjektive und objektive Störung) die Beantwortung 'Ja, wenige' als subjektiv und objektiv ungestört angesehen werden muß. In der Gruppe A-SMH behaupteten zwei Patienten 'keine' Bekanntschaften zu haben, was jedoch auch nicht bedauert wurde. Diese Fälle sind nur objektiv als gestört anzusehen.

6.4.11	A-SMH	SMH	Besuche
	8	5	keine
	15	13	selten
	6	11	häufiger
	6	8	leider keine

nicht signifikant

Hier gelten die schon bei Tab. 6.4.10 gemachten Erläuterungen in ganz analoger Weise.

6.5 Sozioökonomische Stellung

Ähnlich wie schon bei der Beurteilung der psychosozialen Stellung versuchten wir auch diesen Fragenkomplex unabhängig von den vorstrukturierten Items des diesbezüglichen Interviewteiles zu beantworten; dabei ergab sich folgendes Bild:

6.5.1	A-SMV	SMV	sozioökonomische Stellung nach klinischer Einschätzung
	17	38	unerhebliche Schwankungen
	22	2	sozialer Abstieg

$\chi^2 = 24,80$ bei 1 Freiheitsgrad, hochsignifikant auf der 1 %-Ebene

Abstieg wurde dabei auch für die Fälle angenommen, die nicht am allgemeinen wirtschaftlichen Aufschwung der Gesamtbevölkerung teilge-

nommen hatten oder deren sozioökonomische Stellung durch Stagnation als relativer Abstieg zu werten war.

Die Berechtigung des Eindrucks wird am ehesten durch die Verteilung im Item 'derzeitige Berufssituation' geliefert:

6.5.2	A-SMV	SMV	derzeitige Berufssituation
	3	10	entfällt
	15	4	gekündigt, arbeitslos
	20	26	bestehendes Beschäftigungsverhältnis

$\chi^2 = 9.20$ bei 2 Freiheitsgraden, signifikant auf der 1 %-Ebene

Weitere Hinweise fanden sich bei den Items: Arbeitsplatzwechsel, Berufswechsel, Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis, ohne Beschäftigungsverhältnis in den letzten 12 Monaten:

6.5.3	A-SMV	SMV	Arbeitsplatzwechsel
	3	21	negiert
	5	4	1mal gewechselt
	3	3	2mal gewechselt

6.5.4	A-SMV	SMV	Arbeitsplatzwechsel
	4	3	3mal gewechselt
	2	3	4mal gewechselt
	4	2	5mal gewechselt
	6	2	6-10mal gewechselt
	5	2	11-20mal gewechselt
	7	0	mehr als 20mal gewechselt

$\chi^2 = 24.898$ bei 8 Freiheitsgraden, signifikant auf der 1 %-Ebene

Faßt man die einzelnen Unterteilungen etwas übersichtlicher zusammen, ergibt sich folgendes Bild:

6.5.5	A-SMV	SMV	Arbeitsplatzwechsel
	21	36	bis 5mal gewechselt
	6	2	5-10mal gewechselt
	12	2	mehr als 10mal gewechselt

$\chi^2 = 13.30$ bei 2 Freiheitsgraden, signifikant auf der 1 %-Ebene

6.5.6	A-SMV	SMV	Berufswechsel
	20	32	kein Berufswechsel
	19	8	1 oder mehrere Berufswechsel

$\text{CHI}^2 = 7.14$ bei 1 Freiheitsgrad, signifikant auf der 1 %-Ebene

6.5.7	A-SMV	SMV	Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis
	26	35	negiert
	3	3	1mal für mehr als 3 Monate
	10	2	mehrmals für mehr als 3 Monate

$\text{CHI}^2 = 6.08$ bei 2 Freiheitsgraden, signifikant auf der 5 %-Ebene

6.5.8	A-SMV	SMV	ohne Beschäftigungsverhältnis in den letzten 12 Monaten
	27	36	negiert
	4	2	1mal für weniger als 4 Wochen
	8	2	mehrfach für weniger als 4 Wochen

$\text{CHI}^2 = 5.56$ bei 2 Freiheitsgraden, signifikant auf der 5 %-Ebene

Alle übrigen Items zur Klärung dieses Fragenkomplexes brachten keine signifikanten Unterschiede.

6.6 Testpsychologische Ergebnisse

6.6.1 Abschätzung der Intelligenz mit dem WIP

A-SMV	SMV	IQ
0	0	niedriger als 62
2	0	63 - 78
2	1	79 - 90
24	26	91 - 109
8	7	110 - 117
3	5	118 - 126
0	1	höher als 127

Damit zeigen beide Gruppen eine normale Intelligenzverteilung im Bereich zufälliger Normabweichungen.

6.6.2 Darstellung der Persönlichkeit im FPI

In keiner der Skalen des FPI ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Untersuchungsgruppe und der Vergleichsgruppe. Zur Übersicht wird eine Tabelle der Mittelwerte der beiden Gruppen in den einzelnen Skalen gegeben:

A-SMV	SMV	FPI-Skala
6.8	5.8	Nervosität
5.6	4.9	Aggressivität
7.1	6.3	Depressivität
6.1	5.5	Erregbarkeit
4.6	4.9	Geselligkeit
3.8	4.1	Gelassenheit
5.4	5.1	Dominanzstreben
5.7	5.0	Gehemmtheit
5.8	5.0	Offenheit
5.3	5.2	Extraversion
6.8	6.1	Emotionale Labilität
3.8	3.9	Maskulinität

(Die Rohpunkte wurden in Stanine-Werte überführt und anschließend gemittelt)

7. DISKUSSION

Bevor die einzelnen Untersuchungsergebnisse diskutiert werden können, sei noch einmal kurz auf die Eigenarten dieser Untersuchung hingewiesen: es geht um die Persönlichkeit, die psychosoziale und sozioökonomische Stellung von Alkoholikern, die einen SMV durchgeführt haben. Um allgemeine Merkmale, d.h. solche, die sich auf alle Suizidanten beziehen lassen, von spezifischen, d.h. für die Gruppe der A-SMV typischen, trennen zu können, werden die A-SMV mit SMV verglichen. Nur die Merkmale, für die sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen finden ließen, sollen eingehender diskutiert werden. Dabei ist zu beachten, daß die einzelnen Befunde von unterschiedlicher Verlässlichkeit und damit Aussagekraft sind: Die Selbstdarstellung im FPI und die Abschätzung der Intelligenz mit dem WIP sind weitgehend unabhängig vom Untersucher. Die Diagnose des Alkoholismus und die Klassifizierung der SMH können im Rahmen klinischer Normen ebenfalls als relativ verlässlich angesehen werden, da der Untersucher seine Ergebnisse im Rahmen der Poliklinik-Konferenz des MPI für Psychiatrie vortrug und zur Diskussion stellen konnte. Die Frage der psychosozialen und sozioökonomischen Stellung muß jedoch mit äußerster Zurückhaltung diskutiert werden und hat eigentlich mehr Fragen als Antworten hinterlassen.

Die Diskussion folgt dem Schema, das der Darstellung der Ergebnisse zugrundegelegt wurde.

7.1 Allgemeine Merkmale

7.1.1 Alter

Als erstes Ergebnis der Untersuchung konnte festgestellt werden, daß die Alkoholiker, die einen SMV begehen, einer signifikant älteren Grup-

pe von Menschen angehören. Die Hauptunterschiede zwischen den Gruppen liegen in den Altersgruppen 15 - 20 und 31 - 40; in jener dominieren die SMV, in dieser die A-SMV. Der Unterschied war zu erwarten und steht in Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (BATCHELOR, 1954; BATTEGAY, 1965; DOTZAUER, GOEBELS & LEGEWIE, 1963; RÜEGSEGGER, 1963; SCLARE & HAMILTON, 1963).

Die Pat. von BATCHELOR (1954) sind mit denen dieser Untersuchung wahrscheinlich noch am ehesten vergleichbar, weil es sich auch um eine Gruppe von Alkoholikern mit SMV handelt, die aus dem Patientengut eines allgemeinen Krankenhauses auslesefrei ausgewählt wurden. Danach waren 70 % der A-SMV Männer, die Altersverteilung der Gesamtgruppe hatte für die Altersgruppe 30 - 50 ein Maximum. Ganz ähnliche Zahlen fand BATTEGAY (1965), der auch auf Unterschiede zu anderen Untersuchungen, die allerdings bei Suizidanten ganz allgemein durchgeführt wurden, hinwies:

Die Süchtigen führen also offenbar ihre Suizidversuche später aus, als dem Durchschnitt nicht selektierter Patienten entspricht.

Der Alkoholismus braucht offensichtlich eine gewisse 'Entwicklungszeit', selbst wenn, wie in dieser Studie, Alkoholiker vom alpha-Typus dominieren.

7.1.2 Geschlecht

Ein Unterschied war nicht unbedingt zu erwarten, weil es mehr männliche als weibliche Alkoholiker gibt, hingegen SMH von Frauen häufiger als von Männern durchgeführt werden, so daß sich diese jeweils konträren Verhältnisse gegenseitig aufheben konnten.

Das Verhältnis der männlichen A-SMH zu den weiblichen A-SMH beträgt in dieser Untersuchung 27:12 oder 9:4. FEUERLEIN fand 1970 ein Verhältnis von 3:1 zwischen männlichen und weiblichen Alkoholikern

in München. Das Verhältnis der männlichen SMH zu den weiblichen SMH liegt in dieser Untersuchung bei 1:3. Demnach wäre ein Verhältnis von 1:1 zwischen Männern und Frauen in der Untersuchungsgruppe zu erwarten gewesen, wenn sich die Verhältnisse bei Alkoholikern und Suizidanten ganz allgemein entsprechend unproblematisch bzw. linear auf diese Untersuchung übertragen lassen, was nicht unbedingt zutreffen muß. Demnach hätten sich geschlechtsspezifische Unterschiede, wie sie noch vor einigen Jahren deutlich bestanden, womöglich in ihr Gegenteil entwickelt: RINGEL & ROTTER äußerten 1957 die Ansicht, daß weibliche Alkoholiker SMH-gefährdeter seien und argumentieren, daß der Frauen-Alkoholismus in unseren Gesellschaften immer noch weniger selbstverständlich als der der Männer hingenommen würde. Bei RINGEL & ROTTER (1957) lag das Verhältnis von $A-SMV_{\text{weibl.}}$ zu $A-SMV_{\text{männl.}}$ bei 1:3 gegenüber 1:7 der allgemeinen Alkoholiker-Aufnahmen derselben Klinik.

Auch andere Autoren haben früher (BERNER & SOLMS, 1953) und später (SCHNEIDER, MASSON & PERROT, 1965) ihre Untersuchungen entsprechend interpretiert.

Eine vorsichtige Interpretation unserer Ergebnisse würde darauf hinauslaufen, das SMH-Risiko der Alkoholikerinnen nicht mehr höher als das der Männer einzuschätzen. Vielmehr zeichnet sich ab, daß das SMH-Risiko der männlichen Alkoholiker größer ist.

Das in der testpsychologischen Untersuchung gefundene eher weibliche Selbstbild der Untersuchungsgruppe (s. 7.6.2), in der die Männer mehr als 2/3 der Patienten ausmachten, erscheint in diesem Zusammenhang besonders interessant.

7.1.3 Zivilstand

Die Tatsache, daß sich beide Gruppen im Zivilstand nicht unterscheiden, ist nicht ganz so selbstverständlich, wie es auf den ersten Blick scheinen mag: durch die unterschiedlichen Altersgipfel in beiden Gruppen wären eigentlich mehr verheiratete Pat. in der Untersuchungsgruppe (A-SMV) zu erwarten gewesen, was für die soziale Isoliertheit dieser Gruppe spricht.

Wenn die Zahl der Geschiedenen (s. 6.1.3) zunächst auch einen Unterschied zwischen den Gruppen andeutet, bringt eine Signifikanzprüfung zwischen beiden Gruppen - auch wenn dabei nur die verheirateten und geschiedenen Pat. berücksichtigt werden - doch kein Ergebnis. Dieses Ergebnis deckt sich gut mit den Resultaten von LINDEN (1969), der eine Scheidungsrate von 10 % bei seinen Pat. fand und diesen Befund als 'relativ sehr hoch' einschätzte. Da es sich bei LINDEN's Pat. um Suizidanten allgemein handelte, muß in dem Befund ein Hinweis auf die 'common-cause-interpretation' erblickt werden. Ein weiteres Indiz für die Richtigkeit dieser Hypothese findet sich in den Untersuchungen von JENSEN (1970) und KORNMAALER & SÖRENSEN (1968), die bei einem Vergleich von A-SM mit Alkoholikern der jeweiligen Kliniken feststellten, daß jene häufiger in die Rubrik 'getrennt lebend' oder 'geschieden' fielen.

7.2 SMH

7.2.1 Arrangement und Klassifizierung der SMH

Wie schon in anderen Veröffentlichungen (z.B. LINDEN, 1969) festgestellt wurde, ist der Prozentsatz der SMH, die nach dem Arrangement so angelegt waren, daß die Rettung sicher, wahrscheinlich oder möglich erschien, ausgesprochen hoch: hier 96 % - bei LINDEN 92,5 %. Die SMH erscheint damit als eine Handlungsweise, die nur innerhalb

des Lebens sinnvoll ist. Entsprechend stellen die appellativen SMH (PSG und SMV) den Hauptanteil (89,75 %) der beobachteten SMH. Es erweist sich damit erneut als begründet, sich dem Studium der nicht-letalen SMH isoliert zuzuwenden, wie schon in Punkt 2.2.1 ausführlicher dargelegt.

Die Hypothese 4.2, A-SMH seien nicht ernsthafter als andere SMH zu beurteilen, muß nach den Ergebnissen dieser Untersuchung angenommen werden, da sich kein signifikanter Unterschied in der SMH-Einstufung nach Ernsthaftigkeitsgraden (s. a. 5.4.1.3) zwischen den beiden Gruppen fand.

Damit müssen zwei Ansichten als unrichtig angesehen werden:

1. SMH von Alkoholikern seien bei der sprichwörtlichen Rührseligkeit und effekthascherischen Lebensart dieser Pat. nicht weiter ernstzunehmen. Richtig ist, daß die SMH eines Alkoholikers genauso ernst wie die SMH irgendeines anderen Menschen genommen werden muß; die maßgeblichen Forschungszentren der Suizidprophylaxe haben immer wieder darauf hingewiesen, daß jede SMH ernst genommen werden soll (s. zuletzt McCULLOCH & PHILIP, 1972).
2. SMH von Alkoholikern signalisierten eine besonders ernsthafte Krise, zu deren Bewältigung das Suchtmittel nicht mehr taugt (BATCHELOR, 1954; BATTEGAY, 1965; KIELHOLZ & BATTEGAY, 1967; RINGEL, 1969). Vielmehr ist zunächst kein Unterschied zu nicht-alkoholabhängigen Menschen zu sehen. Die SMH stellt in beiden Gruppen eine Devianz gleichgroßer Ausprägung dar. Die Gründe dafür mögen in beiden Gruppen äquivalent sein, wie das in der 'common-cause-interpretation' gefordert wird. Die bisherigen Ausführungen betreffen jedoch nur den Vergleich zwischen Individualfällen.

Sieht man vom einzelnen Patienten ab, muß die SMH des Alkoholikers

aus statistischen Gründen dennoch als besonders alarmierend gesehen werden: wie in dem Abschnitt über Alkoholismus und SMH (2.1) ausgeführt wurde, ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich ein Alkoholiker suizidiert, höher als für die übrige Bevölkerung.

Schließlich ist noch zu berücksichtigen, daß nur SMH durch Intoxikation untersucht wurden (s.a. 5.3.2), wodurch brutalere SM-Methoden, die womöglich bei Alkoholikern häufiger als bei anderen Pat. vorkommen, unberücksichtigt blieben. Nach den Erfahrungen dieser Untersuchung dürfte es aber erhebliche Schwierigkeiten bereiten, ein Gesamtkollektiv (alle SMH-Methoden) auslesefrei zu untersuchen, da eine Koordination verschiedenster Klinikbereiche zustandegebracht werden müßte.

7.2.2 Motivation

Bei der Frage der Motivation der SMH ließ sich insgesamt kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellen, wohl aber wenn man die Häufigkeiten von Partnerkonflikten und Konflikten in der sozialen Sphäre (psychisch und materiell) vergleicht:

A-SMV	SMV	Motivation der SMH
13	21	Partnerkonflikte
15	10	Konflikt im engeren sozialen Bereich (psychisch)
6	1	wirtschaftlich-soziale Krise

Damit kann Hypothese 4.4 nur mit Vorbehalten angenommen werden.

Die Frage der Motivation ist besonders für die Überlegungen einer anschließenden Therapie von Bedeutung.

Die große Gruppe der Partnerschaftskonflikte benötigt oftmals keine besondere Therapie mehr; hier finden sich vor allen Dingen die Pat., die in einem Aktualkonflikt mit ihrem Partner stehen, der SMV ist häufig Ausdruck einer 'Kurzschlußreaktion'. Die Tage in der Klinik, Ge-

sprache mit anderen Pat. und dem pflegerischen und ärztlichen Personal bewirken zumeist eine Entaktualisierung und Distanzierung von der SMH, so daß die Pat. häufig ohne weitere Therapie entlassen werden können.

Schwieriger und damit therapeutisch aufwendiger gestalten sich die Fälle, in denen eine schwere Partnerschaftskrise die SMH auslöste: zumeist besteht die Gefahr, daß der nicht-suizidale Partner unter dem Eindruck der Ereignisse zu voreiligen Zugeständnissen und Versprechungen bereit ist, die sich schnell als unrealistisch erweisen, wodurch neue Konflikte entstehen. Hat ein Pat. einmal mit einer SMH viel erreichen können, mehrt sich die Rezidivgefahr bei neuerlichen Schwierigkeiten beträchtlich. In diesen Fällen wird eine eingehendere Therapie, die evtl. den Partner mit einbezieht (s.a. SPERLING, 1972), zu fordern sein.

Bei der ebenfalls großen Gruppe der 'Störungen im engeren sozialen Bereich' scheinen gruppentherapeutische Ansätze besonders sinnvoll.

Schließlich verlangen die mehr sozioökonomischen Motivationen vor allen Dingen eine entsprechende fürsorgerische Abklärung und Hilfe. Therapeutische Bemühungen müssen erfolglos bleiben, wenn sich der Pat. in rein materieller Not befindet, wie das gerade in der Gruppe der A-SMH vorkam. Voraussetzung ist eine entsprechende Befragung: so referiert SPERLING (1972) einen 'lehrreichen' eigenen Fall:

Eine hochbegabte Schauspielerin sprach davon, daß sie so spielen müsse, daß sie jedem Zuschauer im Publikum gefiele ... Hätte ich schon vor Jahren mit meinen 'Übersetzungsübungen' (Schlagwort für die von SPERLING vorgeschlagene Gesprächstherapie bei Suizidanten; Anm. v. Verf.) begonnen, wäre sie wahrscheinlich noch am Leben; es wäre dann nämlich von ihren Schulden die Rede gewesen, die mit einem Finanzierungsplan lösbar gewesen wären!

7.3 Art des Alkoholismus

Daß die alpha-Alkoholiker so eindeutig überwiegen, läßt verschiedene Überlegungen zu: zunächst wird man berücksichtigen müssen, daß es sich um Pat. zweier großer Münchener Allgemeinkliniken handelt, wodurch keine 'psychiatrische' Selektion zustande kommt. Nicht der haltlose, verkommene und total gescheiterte Alkoholiker, wie er z. B. von BLEULER (1969) dargestellt wird, dominiert, sondern diejenigen, die, von ihrer Umwelt oft noch gar nicht so bemerkt, immer wieder die alkoholische Betäubung herbeiführen, um der Realität und ihren Problemen zu entfliehen. Dieses Ergebnis und die Tatsache, daß in München - wie überhaupt in Bayern - der Typ des delta-Alkoholikers vorherrscht (FEUERLEIN, 1970), spricht dafür, daß aus der Gruppe der Alkoholiker besonders die alpha-Alkoholiker SMH-gefährdet sind, was wiederum damit zusammenhängen mag, daß gerade in dieser Gruppe, die noch keine eigentliche 'Drogen-Karriere' hinter sich haben, Scham- und Schuldgefühle als SMH-Auslöser prävalieren, worauf besonders RINGEL & ROTTER (1957) hingewiesen haben. Fragt man sich, warum gerade Alkohol von einer Gruppe latent suizidaler Pat. mißbräuchlich verwendet wird, um ein 'state of oblivion' (Stadium des Vergessenseins, GLATT, 1954) zu erreichen, muß man bedenken, daß Alkohol die am leichtesten steuerbare und hierzulande am leichtesten zu erwerbende Droge ist.

Klinisch gesehen stellt die Gruppe der A_{alpha}-SMH eine besonders wichtige Gruppe dar: sie birgt ein doppeltes Risiko: (1) kann der Alkoholismus die Durchgangsphase zur Entwicklung süchtigen Trinkens darstellen (: gamma-Alkoholismus mit Kontrollverlust usw.) und (2) muß ein SMH-Rezidiv gerade in dieser Gruppe bei fortbestehender Grundsituation befürchtet werden (ROSENBERG, 1969). Selbst wenn man davon ausgehen kann, daß der Tod in den seltensten Fällen intendiert ist, und daß nach Meinung einiger Autoren nie sein kann (RIZZO, 1959; KUBIE, 1964), muß doch gewissermaßen unbeabsichtigt mit ihm

gerechnet werden. Beide Entwicklungen sind Aufgabengebiete einer präventiv denkenden Medizin.

Bezüglich der Zusammenhänge zwischen Alkoholismus und SMH scheint gerade die Gruppe der A_{alpha}-SMH der 'common-cause-interpretation' gerecht zu werden, da der Alkoholismus hier noch keine unaufhaltsame Eigengesetzlichkeit entwickelt hat.

Diagnostisch wird diese Gruppe am leichtesten übersehen oder unzureichend therapiert; durch einige verständnisvolle Worte, konsequenzlose Mahnung zur Einschränkung des Alkohol-Konsums oder Überbetonung des Alkoholismus fühlt sich der Pat. gleichermaßen mißverstanden. Es gilt vielmehr, die realen Hintergründe bzw. Anlässe der Fehlhaltung zu erfragen und danach eine gezielte Therapie einzuleiten.

Die Tatsache, daß die Gruppe der alpha-Alkoholiker die entscheidende Fraktion der A-SMH in zwei großen Münchener Kliniken darstellt, muß als bedeutsamer Befund herausgestellt werden, weil gerade der alpha-Alkoholismus von der Öffentlichkeit noch gar nicht als Alkoholismus wahrgenommen wird, weshalb damit zu rechnen ist, daß diese Alkoholiker auch nicht in den offiziellen Statistiken über das Alkoholproblem berücksichtigt werden. Weiterhin kann man davon ausgehen, daß die Ärzteschaft in ihrer Allgemeinheit diese Form des Alkoholismus ebenfalls nicht erkennt und therapeutisch mit Ermahnungen und Ratschlägen auszukommen versucht.

Bei den A_{beta}-SMH liegen die Verhältnisse insofern weniger günstig, als die Pat. in erheblichem Maße zur Bagatellisierung ihrer Beschwerden neigen. Von Alkoholismus wollen sie - verständlicherweise - gar nichts wissen. Hier bieten sich vielleicht neue Therapiemöglichkeiten aus der Verhaltenstherapie an, die ein 'soziales Trinken', d.h. maßvolles Trinkverhalten erreichen wollen (VOGLER, 1972).

Bei den A_{gamma}-SMH ist - entsprechend den diagnostischen Kriterien

dieser Gruppe - der therapeutische Ansatz mehrdimensional: neben einer (1) somatischen Behandlung der zumeist ausgebildeten alkoholischen Folgekrankheiten, (2) einer gezielten Einzel- und Gruppentherapie wird in der Regel (3) eine erhebliche Anstrengung für die soziale Rehabilitation der Patienten aufgebracht werden müssen. Die SMH ist auch hier mehr als aktueller Anlaß denn als eigentliches Therapie-Objekt anzusehen.

Die A_{delta}-SMH schließlich sind eher wie die beta-Alkoholiker zu behandeln, wenngleich häufig eine somatische Therapie der alkoholischen Folgekrankheiten hier noch eher zu erwarten ist. Weitere therapeutische Gesichtspunkte sind dem Übersichtsreferat von FEUERLEIN (1972) zu entnehmen.

7.4 Psychosoziale Stellung

Wie schon bei der Aufzeichnung der Ergebnisse dargelegt wurde, differenzieren nur wenige Items des diesbezüglichen Interviewteiles zwischen den beiden Gruppen. Immerhin konnte belegt werden, daß die A-SMH gemessen an Wohnverhältnissen, emotionalen Beziehungen zur Familie, Briefkontakt und Freundeskreiswechsel in einem signifikant stärkeren Ausmaß als sozial isoliert anzusehen sind. Es ist hierbei nicht sinnvoll, mit dem 'Isoliertheitsgrad' der allgemeinen Bevölkerung zu vergleichen, da der Faktor für suizidales Verhalten insgesamt relevant ist (LINDEN, 1969) und es hier darauf ankam zu zeigen, daß die A-SMH in noch stärkerem Maße davon betroffen sind.

Betrachtet man die Verhältnisse im einzelnen, so zeigt sich in Tab. 6.4.2 und der daraus abgeleiteten Tab. 6.4.3, daß die Gruppe der A-SMH signifikant häufiger als die Vergleichsgruppe schon in den äußerlichen Beziehungen zur Familie - wie sie sich in den Wohnverhältnissen spiegeln - gestört ist. Daß sich darin kein oberflächlicher

oder irrelevanter Befund niederschlägt, wird durch die Charakterisierung der inneren Verbundenheit zur Familie (Tab. 6.4.4) deutlich. Weiterhin ergab die Frage nach engen Freunden oder Partnern, daß die A-SMH auch hier signifikant häufiger Einbußen erlitten hatten, so daß man insgesamt - gemäß den in der Literaturübersicht gegebenen Erläuterungen - von einer gegenüber der Vergleichsgruppe eindeutigen Störung im PBK sprechen kann. Dabei erscheint es weiterhin von Interesse, daß besonders der Verlust von engen Freunden bei den A-SMH dominiert, wie man aus Tab. 6.4.6 und indirekt aus Tab. 6.2.2 ersehen kann.

Ob man aus den aufgeführten Befunden auch auf einen tatsächlich größeren Isoliertheitsgrad der A-SMH schließen kann, wird durch einen anderen Befund der Untersuchung zweifelhaft: auf die Frage 'Haben Sie eine Vertrauensperson (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Arzt oder Seelsorger) mit der Sie private Probleme besprechen können?' antwortete der überwiegende Teil beider Gruppen mit 'Nein, leider nicht' (s. Tab. 6.4.7).

Der hohe Übereinstimmungsgrad der Beantwortung kann als ein Hinweis auf die 'common-cause-interpretation' angesehen werden.

Etwas überraschend mag demgegenüber erscheinen, daß die beiden Gruppen im SBK keine wesentlichen Unterschiede zeigten (Tab. 6.4.8-11). Zum Verständnis dieses Tatbestandes muß man jedoch die Ergebnisse der übrigen Stichprobencharakterisierung berücksichtigen, wonach sich die Untersuchungsgruppe aus relativ jungen und als überwiegend nicht-süchtigen Trinkern zusammensetzt, so daß Störungen im SBK, die erst in fortgeschrittenen Stadien des Alkoholismus zu erwarten sind, hier noch nicht gefunden werden müssen. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, daß diese Untersuchung nicht durch eine 'psychiatrische Selektion' mit dem Resultat ausgeprägterer Defektzustände beeinflusst ist.

Unter ausschließlicher Berücksichtigung der dargelegten Ergebnisse und der Annahme, daß zur Beurteilung der psychosozialen Beurteilung wesentliche und relativ gleichgewichtige Fragenkomplexe herangezogen wurden, muß die Gruppe der A-SMH als insgesamt stärker psychosozial desintegriert angesehen werden, so daß Hypothese 4. 3 verworfen wird.

Aus den gefundenen Ergebnissen ist gleichzeitig eine Zielsetzung therapeutischer Bemühungen auf diesem Sektor umrissen: es wird darum gehen, der Isolation im Wohn- und zwischenmenschlichen Bereich durch Einbeziehung in Gruppen und womöglich auch Wohnkollektive mit therapeutischer Supervision entgegenzutreten.

Auf jeden Fall läßt sich sagen, daß erst eine weitere Erforschung und nähere Kenntnis dessen, was zusammengefaßt als soziale Isolation bezeichnet wurde, auch therapeutische Relevanz gewinnt. Die übliche Exploration wird dafür nicht ausreichend sein. Eine genaue und standardisierte Analyse der zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten (s. a. LAING, PHILLIPSON & LEE, 1971) und vielleicht sogar Auswertungen sozialer Interaktion von Video-Band-Aufzeichnungen mit realen Bezugspersonen des Patienten wird zu fordern sein. Darüber hinaus gilt es, Bedingungen, unter denen soziale Isoliertheit pathogenetische Bedeutung erlangt, näher zu charakterisieren.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß gegenwärtig das Urteil des einzelnen Untersuchers soziale Isolation eher subjektiv konstatiert, da keine objektiven Anhaltspunkte wie etwa zur Abschätzung der Intelligenz durch entsprechende Testverfahren vorliegen.

7.5 Sozioökonomische Stellung

Hier war der Eindruck der Diskrepanz zwischen den beiden Gruppen (Tab. 6.5.1) noch deutlicher: dominierten in der Kontrollgruppe stabile wirtschaftliche Verhältnisse und eine entsprechend anders gerichtete Motivationslage der SMH (Tab. 6.2.2), war es bei der Untersuchungsgruppe signifikant häufiger zu Schwierigkeiten in diesem Bereich gekommen. Gut ein Drittel (38,4 %) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitslos bzw. gekündigt (Tab. 6.5.2), wobei zu bemerken ist, daß die Kündigung oft in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Alkoholismus oder seinen Auswirkungen (Unregelmäßigkeiten am Arbeitsplatz u. ä.) stand. Entsprechend waren ca. 25 % schon mehrfach für längere Zeit ohne Arbeit gewesen (Tab. 6.5.7 u. 8). Diese Befunde liegen über den Normwerten der Münchener Bevölkerung im Untersuchungszeitraum. Nach Angaben des Statistischen Landesamtes und des Landesarbeitsamtes lag der Anteil Arbeitsloser im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bei 0,5 %.

In Übereinstimmung mit anderen Autoren (BATCHELOR, 1954; KIELHOLZ & BATTEGAY, 1967; KÜRBITZ, 1907; PALOLA, DORPAT & LARSON, 1962; RINGEL & ROTTER, 1957; SCHNEIDER, MASSON & PERROT, 1965; WARKOV, BACON & HAWKINS, 1965; WIESER, 1968 u. 1972; WIESER & KUNAD, 1965) finden wir eine Minderung des sozioökonomischen Status unserer Patienten, womit Hypothese 4.4 bestätigt wird.

Trotzdem wäre gerade für diesen Fragenkomplex ein standardisiertes und validiertes Inventar von großer Bedeutung, da der Arzt bei der Beurteilung solcher Fragen schon von seiner Ausbildung her überfordert ist. Umgekehrt wird der Schulmedizin von kritischer Seite immer wieder vorgeworfen, daß sie ein am kranken Individuum ausgerichtetes Konzept verfolge und damit medizinische Auswirkungen sozio-pathologischer Verhältnisse verschleierte (s. z.B. BAUER & RI-

CHARTZ, 1970; DÖRNER, 1969; KILIAN, 1970; KRÄHE & SCHÖNING, 1970). Nur auf dem Boden solide erarbeiteter Zahlen ließe sich Sachkritik von Spekulation und begründete Ansicht von tendenziöser Entstellung unterscheiden.

7.6 Testpsychologische Untersuchungen

7.6.1 Abschätzung der Intelligenz

Die Intelligenztestung war mehr als Notwendigkeit zur Absicherung der Ergebnisse des Persönlichkeitsinventars (FPI) durchgeführt worden und bestätigt als Nebenbefund die Untersuchungsergebnisse anderer Autoren (FITZHUGH, FITZHUGH & REITAN, 1960 + 1965; GORCEIX & ZIMBACCA, 1968; KALDEGG, 1956; QUATEMBER, 1969; PETERS, 1956; SYME, 1957), die ebenfalls keine Normabweichung der Intelligenz bei Alkoholikern, Suizidanten oder Alkoholikern, die einen SMV begangen hatten, finden konnten.

Die Kurzform des HAWIE (WIP nach DAHL, 1968) hat sich dabei außerordentlich bewährt, da sie in relativ kurzer Zeit schon einen wohl verlässlichen Testwert liefert. Überdies empfanden die Pat. die Testung als angenehme Abwechslung und waren zumeist sehr auf das Ergebnis gespannt.

7.6.2 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

In keiner der einzelnen Skalen ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellen. Für Skala M muß allerdings berücksichtigt werden, daß eine ungleiche Geschlechtsverteilung vorlag; die Männer der A-SMH-Gruppe schilderten sich insgesamt als eher weiblich:

9 8 7 6 5 4 3 2 1
0 0 3 3 4 3 8 2 4

Stanine-Wert des FPI-M⁺

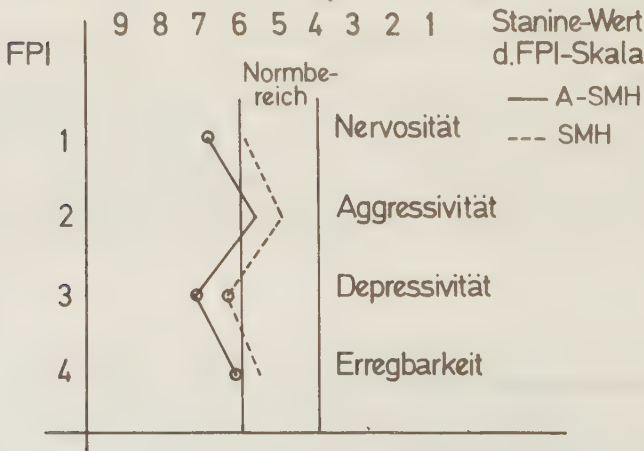
A-SMH-Männer (n = 27)

Mittelwert: 3.82

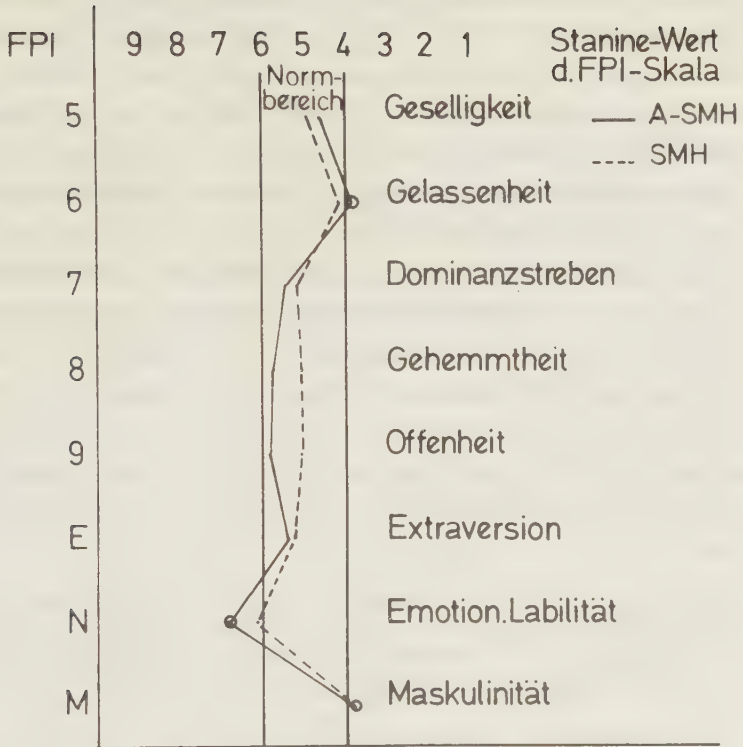
Dieses Ergebnis stimmt gut mit Untersuchungen von MACHOVER & PUZZO (1959) überein:

Bei der Mehrzahl unserer Versuchspersonen (stellten wir) ein verworrenes Selbst-Konzept, das durch Unsicherheit und Unklarheit bezüglich der Maskulinität und sexuellen Rollenidentifikation ausgezeichnet war, fest. Letzteres zeigte sich in bemerkenswerten Zeichen femininer Identifikation und latenter Homosexualität, was deutlich auffiel, jedoch nicht allgemein registrierbar war.

Obwohl zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied festzustellen war, zeigen die Profile der Mittelwerte beider Gruppen doch einen interessanten Verlauf: Die Alkoholiker übertreffen die Werte der Kontrollgruppe mit einer Ausnahme (FPI 9 OFFENHEIT) im Sinne 'pathologischerer' Selbstdarstellung.



⁺ Handanweisung zum Freiburger Persönlichkeitsinventar



In den Skalen 1, 3, 6, N und M (durch Kreise markiert), erreichen die A-SMH Mittelwerte im Sinne eines Befundes. Die Gruppe ist damit als psychosomatisch gestört, depressiv, irritierbar, selbstunsicher, reizbar, leicht frustriert und eher feminin charakterisiert.

Die Vergleichsgruppe erreicht eigentlich nur in der Skala 3 (Depressivität) einen pathologischen Wert. Diese Besonderheiten der Persönlichkeitsprofile können als weiterer Hinweis auf die Richtigkeit der 'common-cause-interpretation' angesehen werden: der Alkoholismus bringt die gemeinsamen Persönlichkeitsstrukturen durch Steigerung in pathologische Dimensionen deutlicher zum Vorschein.

Wie schon in der Einleitung erwähnt, untersuchte ANTONS (1970) mit einer Vorform des FPI eine Gruppe von chronischen Alkoholikern und fand dabei folgende Charakterisierung: leicht übernormale Nervosität, erhöhte Erregbarkeit, emotionale Labilität und Gehemtheit bei eher erniedrigter Extraversion. Es ist interessant, daß gerade unsere Pat. keinen erhöhten Aggressivitäts-Score aufweisen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Test nur die Selbstbildaggressivität mißt, die nicht unbedingt mit der objektiven Aggressivität übereinstimmen muß. Leider wurde die zunächst konzipierte Skala 'Selbstaggressivität' wieder fallengelassen, die im Rahmen dieser Untersuchung von besonderem Interesse gewesen wäre. Möglicherweise hängt der hier erhobene Befund mit der Schwierigkeit der Alkoholiker, ihre vorhandenen Aggressionen abzureagieren, zusammen. So schreiben MACHOVER & PUZZO (1959) über ihre Gruppe von Alkoholikern:

Schwierigkeiten bei der Externalisierung von Feindseligkeiten waren stark verbreitet und in vielen Fällen im Zusammenhang mit depressiven Reaktionen als Umkehrung sadistischer Vergeltung gegenüber dem frustrationsauslösenden Objekt gegen das Selbst gerichtet.

Die Unfähigkeit zur Aggressionsaktualisierung kann in der Selbstdarstellung leicht zu 'normaler' Aggressivität geraten. Auf der anderen Seite muß man sich darüber klar werden, daß die Erwartung eines hohen Aggressivitäts-Scores letztlich vom Bild des 'randalierenden Säufers' bei der Bevölkerung abgeleitet ist.

Es war zu erwarten, daß beide Gruppen erhöhte Depressivitäts-Scores zeigen würden. Bemerkenswert ist lediglich, daß die Alkoholiker auch hier einen höheren Mittelwert erreichen. Da die Untersuchung wenige Tage nach dem SMV durchgeführt wurde, ist anzunehmen, daß die depressive Verstimmung, die zum Zeitpunkt der SMH bestand, bei den A-SMH langsamer abklingt. Zu diesem Befund paßt auch gut die mangelnde Gelassenheit (FPI 6) der A-SMH. Damit konnte der klinische

Eindruck geringerer Belastbarkeit und weniger ausgeprägten Selbstbewußtseins in dieser Gruppe testpsychologisch untermauert werden.

Der erhöhte Neurotizismus-Score (FPI N) in beiden Gruppen - besonders betont wiederum in der A-SMH-Gruppe - bestätigt eine Reihe von Untersuchungen (ANTONS, 1970; KOLLER & CASTANOS, 1968; ROSENBERG, 1969). Dabei gehen Neurotizismus, Alkoholismus und Suizidalität eine gegenseitige Steigerung ein, von der schwer zu sagen ist, welchem Faktor Initiierungspotenz zukommt.

8. ZUSAMMENFASSUNG

39 Alkoholiker, die wegen einer SMH durch Intoxikation in zwei großen Münchener Kliniken aufgenommen wurden, werden mit 40 nicht-abhängigen Suizidanten derselben Kliniken (1) bezüglich allgemeiner Merkmale wie Alter, Geschlecht und Zivilstand und (2) bezüglich spezifischer Merkmale wie Arrangement und Klassifizierung der SMH, Ernsthaftigkeit der SMH, psychosoziale Stellung und sozioökonomische Stellung, Intelligenz und Selbstdarstellung im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) miteinander verglichen.

Dabei ergibt sich eine unterschiedliche Altersverteilung, keine Differenz in der Ernsthaftigkeit der SMH, wohl aber eine unterschiedliche Motivation: während in der Vergleichsgruppe Partnerkonflikte dominieren, finden sich in der Untersuchungsgruppe vor allen Dingen Störungen im psychosozialen und sozioökonomischen Bereich. Die Intelligenzverteilung entspricht in beiden Gruppen der Norm. Das Persönlichkeitsprofil bringt keinen Unterschied zwischen den Gruppen, wohl aber gegenüber der allgemeinen Bevölkerung: in der Untersuchungsgruppe finden sich 'pathologische' Werte in den Skalen Nervosität, Depressivität, Erregbarkeit, Gelassenheit, Emotionale Labilität (Neurotizismus) und Maskulinität. Neben der Interpretation der Befunde wird versucht, therapeutische Konsequenzen aufzuzeigen.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- ACHTE, K. A. & L. GINMAN: Suicidal attempts with narcotics and
poisons
Acta psychiat.Scand. 42 (1966), 214-32
- ANTONS, K.: Zur Frage des Abbaus der Persönlichkeit bei chroni-
schem Alkoholabusus
Inaug.Diss. an d. Univ. Freiburg 1970
- ARMSTRONG, J.D.: The search for the alcoholic personality
Ann.Amer.Acad.Polit.Soc.Sci. 315 (1958), 40-47
- BANDEL, R.: Selbstmord und Alkoholismus
Münch.med.Wschr. 75 (1928), 1465-66
- BAPPERT, W.: Die Zunahme der Suizidversuche und ihre seelischen
Hintergründe
Münch.med.Wschr. 104 (1962), 2408
- BATCHELOR, I. R. C.: Alcoholism and Attempted Suicide
J.ment.Sci. 100 (1954), 451-61
- BATTEGAY, R.: Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen
Z.Präventiv - Med. 10 (1965), 440-54
- BATTEGAY, R., H. BOCHNIK, H. RIEMENSCHNEIDER, E. RIETH
u.a.: Alkoholismus bei Frauen
Hoheneck Verlag 1970
- BAUER, M. & M. RICHARTZ: Angepaßte Psychiatrie und Psychiatrie
der Anpassung
Das Argument Nr. 60 (1970), 152-162

- BERNER, P. & W. SOLMS: Alkoholismus bei Frauen
Wien, Z. Nervenheilk. 6 (1953), 275-301
- BIEL: Über Zahlen zur Alkohol- und Tabakfrage
Informationsdienst (DHGS) 24 (1971), 2-14
- BLEULER, M.: Lehrbuch der Psychiatrie, 11. Auflage
Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1969
- BOXALL, J.S. and CHAUVEL, P.J.: Attempted suicide: a review of
100 consecutive cases at a district hospital
Med. J. Aust. 53 (1966), 264-66
- BREED, W.: Occupational mobility and suicide
Amer. Soc. Rev. 28 (1963), 179-88
- BRUHN, J. G.: Broken Homes Among Attempted Suicides and Psychia-
tric Out-Patients: A Comparative Study
J. ment. Sci. 108 (1962), 772-79
- CANTOR, J.: Alcoholism as a Suicidal Equivalent in: 4th Int. Conf.
for Suicide Prevent. Los Angeles, 1967
ed.: N. Farberow, Suicide Prevention Center 1968, pp. 328-
334
- CANTRIL, H.: The pattern of human concerns
Princeton, N.J. 1965
- CATANZARO, R.J.: Psychiatric Aspects of Alcoholism, pp. 31-45
in: Alcoholism, ed.: D.J. Pittmann
Harper & Row, N.Y., Evanston - London 1967
- CHANDLER, J., C. HAUSMAN & G. EDWARDS: Determinants of
what happens to alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 32 (1971), 349-363

- CHODORKOFF, B., H. KRYSTAL, J. NUNN & R. WITTENBERG:
Employment characteristics of hospitalized alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 22 (1961), 106-10
- CLARK, W.: Operational definitions of drinking problems and associated prevalence rates
Quart. J. Stud. Alc. 27 (1966), 648-69
- COR, J.: Tentatives de suicide et alcoolisme chronique
Ann. méd. psych. 116 I (1958), 161
- DAHL, G.: Übereinstimmungsvalidität des HAWIE und Entwicklung einer reduzierten Testform
Verlag A. Hain, Meisenheim 1968
- DAHLGREN, K. G.: On death-rates and causes of death in alcohol addicts
Acta psychiat. scand. 26 (1951), 297
- DAUMEZON, G. & J. COR: Suicides et tentatives de suicide d'alcoolique chronique sevrés
Ann. méd. psych. 114 I (1956), 95
- DAUMEZON, G., J. COR & J. RUDRAUF: Données statistiques sur les tentatives de suicide chez les alcooliques à l'Admission de St. -Anne
Ann. méd. psych. 113 II (1955), 286
- DAVIES, D. L., M. SHEPHERD & E. MYERS: The two year's prognosis of 50 alcohol addicts after treatment in hospital
Quart. J. Stud. Alc. 17 (1956), 485
- DAVIS, F. B.: Sex differences in suicide and attempted suicide
Dis. nerv. Syst. 29 (1968), 193-94

- DIETRICH, H. & L. HERLE: Über Alter, Sozialschicht, Mobilität
und Wohnort chronischer Alkoholiker
Kölner Zschr. Soziol. Sozialpsychol. 15 (1963), 277-294
- DÖRNER, K.: Bürger und Irre - Zur Sozialgeschichte und Wissen-
schaftssoziologie der Psychiatrie
Frankfurt, 1969
- DORPAT, L. T. & J. W. BOSWELL: An evaluation of suicidal intent
in suicide attempts
Comprehens. Psychiat. 4 (1963), 117-25
- DOTZAUER, G., H. GOEBELS & H. LEGEWIE: Selbstmord und
Selbstmordversuch
Münch. med. Wschr. 105 (1963), 973-81
- EDDY, N., H. HALBACH, H. ISBELL & M. H. SEEVERS: Drug
Dependence: Its Significance and Characteristics
Bull. Wld. Hlth. Org. 1965, 37
- EDWARDS, G.: Hypnosis in treatment of alcoholic addiction
Quart. J. Stud. Alc. 27 (1966), 221
- EDWARDS, G.: The role of therapy in meeting complex social problems
in: Proc. of the 28th Int. Congr. on Alcohol & Alcoholism
eds: M. Keller & T. G. Coffey
Hillhouse Press, Highland Park, N. J. 1969
- ETTLINGER, R. W. & P. FLORDH: Attempted suicide
Acta psychiat. Scand. Suppl. 103 (1955), 3-45
- FABEROW, N. L. & SHNEIDMAN, E. S.: The cry for help
McGraw Hill, New York 1961

- FAHRENBERG, J. & H. SELG: Handanweisung zum Freiburger Persönlichkeitsinventar
Verlag für Psychologie Dr. J. C. Hogrefe, Göttingen 1970
- FEUERLEIN, W.: Sozialpsychiatrische Aspekte des Alkoholismus
Der med. Sachverständige 65 (1969), 58-66
- FEUERLEIN, W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung?
Tendenzen suizidalen Verhaltens
Nervenarzt 42 (1971), 127-130
- FEUERLEIN, W.: Chronischer Alkoholismus
Nervenarzt 43 (1972), 389-398
- FITZHUGH, L. C., K. B. FITZHUGH & R. M. REITAN: Adaptive abilities and intellectual functioning in hospitalized alcoholics
Quart. J. Stud. Alc. 21 (1960), 414-23.
- FITZHUGH, L. C., K. B. FITZHUGH & R. M. REITAN: Adaptive abilities and intellectual functioning of hospitalized alcoholics: further considerations
Quart. J. Stud. Alc. 26 (1965), 402-11
- GLATT, M. M.: Suicidal attempts and alcoholism
Brit. med. J. 1954 II, 303
- GLATT, M. M.: Alcoholism and attempted suicide
Brit. med. J. 1954 II, 991
- GLATT, M. M. & J. S. WHITELEY: Problems of alcoholics at different social levels
Mschr. Psychiat. Neurol. 132 (1956), 287-290

- GORCEIX, A. & ZIMBACCA, N.: The usefulness of psychological tests with attempted suicides
in: 4. Int. Conf. for Suicide Prevention, pp. 166-190
Los Angeles 1967
ed.: N. Farberow, Suicide Prevention Center, Inc. 1968
- GREER, S., J.C. GUNN & K.M. KOLLER: Aetiological factors in attempted suicide
Brit.med.J. 1966 II, 1352-57
- GUZE, S.B., V.B. TUASON, P.D. GATFIELD, M.A. STEWART & B. PICKEN: Psychiatric Illness and Crime, with Particular Reference to Alcoholism: A Study of 223 Criminals
J.nerv.ment.Dis. 134 (1962), 512-21
- HAUSMANN, Ch., R. ALBERT & H. KAYSER: Suizidversuch - Psychiatrische Untersuchungen bei 820 Frauen
Dtsch.med.Wschr. 93 (1968), 1883-87
- IPSEN, J., M. MOORE & L. ALEXANDER: Prevalence of Alcoholism in the Population and among Suicides and Accidents from Poisoning, Massachusetts 1938 - 1948
Quart.J.Stud. Alc. 13 (1952), 204-14
- JACOBSEN, E.: Deaths of alcoholic patients treated with Disulfiram (Tetraethylthiuram Disulfide) in Denmark
Quart.J.Stud. Alc. 13 (1952), 16-26
- JACOBZINER, H.: Attempted suicide in adolescents
J. Amer. Med. Ass. 191 (1965), 101-105
- JELLINEK, E.M.: The disease concept of alcoholism
College & University Press, New Haven 1960
- JENSEN, E.: Suicides Among Alcoholics
unveröffentl. Manuskript 1970

- KALDEGG, A. : Psychological observations in a group of alcoholic patients
Quart. J. Stud. Alc. 17 (1956), 608-29
- KESSEL, N. : Self-poisoning (part I & II)
Brit. med. J. 1965 II, 1265-70 und 1336-40
- KESSEL, N. & G. GROSSMAN: Suicide in Alcoholics
Brit. med. J. 1961 II, 1671-72
- KESSEL, N. & W. McCULLOGH: Repeated acts of self-poisoning and self-injury
Proc. Roy. Soc. Med. (London) 59 (1966), 89-92
- KEYSERLINGK, H. v. : Die Suizidgefährdung der Alkoholiker
Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 12 (1960), 123-25
- KIELHOLZ, P. & R. BATTEGAY: Vergleichende Untersuchungen über die Genese und den Verlauf der Drogenabhängigkeit und des Alkoholismus
Schweiz. med. Wschr. 97 (1967), 893
- KILIAN, H. : Kritische Theorie der Medizin
Das Argument Nr. 60 (1970), 87-104
- KOCKOTT, G. & W. FEUERLEIN: Das Verhältnis zwischen Selbstmordversuch und Delirium tremens
in: 4th Int. Conf. for Suicide Prevention, Los Angeles 1967
ed. : N. Faberow, Suicide Prevention Center, Inc. 1968
- KOCKOTT, G. , H. HEYSE & W. FEUERLEIN: Der Selbstmordversuch durch Intoxikation
Fortschr. Neurol. Psychiat. 38 (1970), 441-65

KOLLER, K. M. & J. N. CASTANOS: Attempted Suicide and Alcoholism

Med. J. Aust. 2 (1968), 835-37

Abstract in: Quart. J. Stud. Alc. 31 (1970), 1010

KORNMAALER, D. & B. F. SÖRENSEN: Suicide Among Alcoholics
in: 4th Int. Congress of Suicide Prevention, Los Angeles
1967, pp. 150-51

Delmar Publish. Corp., Inc., Los Angeles 1968

KRÄHE, H. & G. SCHÖNING: Funktionen der Medizin und ihre Manifestation in der medizinischen Ausbildung

Das Argument 60 (1970), 2-16

KREINER, K.: Alkoholwirtschaft und Alkoholismus in Bayern unter besonderer Berücksichtigung der Einflüsse des Weltkrieges.
in: Die Wirkungen der Alkoholknappheit während des Weltkrieges
ed.: Dtsch. Forschungsanstalt f. Psychiatrie, München
Julius Springer, Berlin 1923

KREITMAN, N., A. E. PHILIP, S. GREER & C. R. BAGLEY:
Parasuicide

Brit. J. Psychiat. 115 (1969), 746-747

KRYSPIN-EXNER, K.: Schwierigkeiten und Mißerfolge der Therapie
von Alkoholkranken in der offenen Trinkerheilstätte

Wien. med. Wschr. 113 (1963), 362

KUBIE, L. S.: Multiple determinants of suicidal efforts
J. nerv. ment. Dis. 138 (1964), 3-8

KÜRBITZ, W.: Alkohol und Selbstmord

Arch. f. Psychiat. 1907, 579-611

- LADEWIG, D. : Untersuchungen über Drogenabhängige im Vergleich zu Alkoholikern
in: Papers Presented at the International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Lausanne 1970
pp. 397-402
- LAING, R. D., H. PHILLIPSON & A. R. LEE: Interpersonelle Wahrnehmung
Suhrkamp Verlag, Frankfurt 1971
- LEDERMANN, S. : Une mortalité d'origine économique en France: la mortalité d'origine ou d'appoint alcoolique
Sem. méd. 28 (1952), 417-21
- LEMERE, F. : What happens to alcoholics
Amer. J. Psychiat. 109 (1953), 674
- LEVY, R. I. : The Psychodynamic Functions of Alcohol
Quart. J. Stud. Alc. 19 (1958), 649-59
- LINDEN, K. -J. : Der Suizidversuch - Versuch einer Situationsanalyse
Ferd. Enke Verlag, Stuttgart 1969
- LUNDQUIST, G. A. R. : Klinische und soziokulturelle Aspekte des Alkoholismus
in: Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis Bd. II/2
2. Aufl.
Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York 1972
- MACHOVER, S. & F. S. PUZZO: Clinical and objective studies of personality variables in alcoholism
Quart. J. Stud. Alc. 20 (1959), 505-27
- MADDISON, D. & K. H. MACKEY: Suicide: the clinical problem
Brit. J. Psychiat. 112 (1966), 693-703

- McCANCE, C. : Aetiological Factors in Alcoholism: Some Areas of Research
J. Psychosom. Res. 14 (1970), 285-294
- McCULLOCH, J. W. & A. E. PHILIP: Suicidal Behaviour
Pergamon Press, Oxford - New York - Toronto 1972
- McCULLOCH, J. W., A. E. PHILIP & G. M. CARSTAIRS: The ecology of suicidal behaviour
Brit. J. Psychiat. 113 (1967), 313
- MENGE, W. O. : Mortality Experience Among Cases Involving Alcoholic Habits
Proc. Home Off. Life Underwr. Ass. 31 (1950), 70-93
Abstract in: Quart. J. Stud. Alc. 14 (1953), 666
- MENNINGER, K. : Man Against Himself
Harcourt, Brace & World, New York 1938
- MOORE, M. : Alcoholism and Attempted Suicide - Report of 143 cases
New Engl. J. Med. 221 (1939), 691-93
- MOTTO, J. A. : Suicide attempts. A longitudinal view.
Arch. gen. Psychiat. 13 (1965), 516-20
- MUNOZ, J. G. : Alkoholismus, Individuum, Gesellschaft
Dtsch. Ärzteblatt 67 (1970), 2594-98
- NÖRVIG, J. & B. NIELSEN: A Follow-up Study of 221 Alcohol Addicts in Denmark
Quart. J. Stud. Alc. 17 (1956), 633-42
- OBERMAYER, A. : Die Selbstmorde und Selbstmordversuche sowie die Beanstandungen wegen Trunksucht in München 1909-1921.
in: Die Wirkungen der Alkoholknappheit während des Weltkrieges
ed. : Dtsch. Forschungsanstalt f. Psychiatrie, München
Julius Springer, Berlin 1923

- PALOLA, E.G., T.L. DORPAT & W.R. LARSON: Alcoholism and Suicidal Behaviour, pp. 511-34
in: Pittman, D.J. & C.R. Snyder, eds.
Society, Culture, and Drinking Patterns; chap. 29
New York, Wiley 1962
- PARKIN, O. & E. STENGEL: Incidence of suicidal attempts in an urban community
Brit.med.J. 1965 II, 133-38
- PETERS, G.A.: Emotional and intellectual concomitants of advanced chronic alcoholism
J.Consult.Psychol. 5 (1956), 390
- PHILIP, A.E.: Traits, Attitudes and Symptoms in a Group of Attempted Suicides
Brit.J.Psychiat. 116 (1970), 475-82
- PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suizidalität
Hans Huber, Bern u. Stuttgart 1968
- PORTERFIELD, A.L. & R.H. TALBERT: Crime, Suicide, and Social Well-Being in Your City and State
Fort Worth, Texas; Leo Potishman Found. 1948
Abstract in: Quart.J.Stud.Alc. 11 (1950), 524
- QUATEMBER, R.J.: Klinisch-psychologische Gesichtspunkte zum prä-suizidalen Syndrom
in: Selbstmordverhütung, ed.: E. Ringel
Verlag Hans Huber, Bern - Stuttgart - Wien 1969
- REIMER, F.: Selbstmord und Selbstmordversuch im Alkoholrausch
Z.Psychosom.Med. 10 (1964), 189-91
- RINGEL, E.: Selbstmordverhütung
Hans Huber, Bern - Stuttgart 1969

- RINGEL, E. & H. ROTTER: Zum Problem des Selbstmordversuches
im Rausch
Wien. Z. Nervenheilk. 13 (1957), 406-16
- RIZZO, E. M. : Il tentativo di suicidio negli alcoolisti
Riv. Pat. nerv. ment. 79 (1958), 805-12
Zusammenfassg. in:
Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 152 (1959), 328
- ROBINS, E., E. SCHMIDT & P. O'NEAL: Some interrelations of
social factors and clinical diagnosis of attempted suicide:
a study of 109 patients
Amer. J. Psychiat. 114 (1957), 221-31
- ROSENBERG, C. M. : Young alcoholics
Brit. J. Psychiat. 115 (1969), 181-88
- ROSSEL, U. : Todesumstände, Todesursachen und Obduktionsbefunde
bei chronischen Alkoholikern
Inaug. Diss. FU-Berlin 1969
- RÜEGSEGGGER, P. : Selbstmordversuche
Psychiat. Neurol. (Basel) 146 (1963), 81
- RÜTTERS, C. : Der Einfluß der Alkoholknappheit auf Gewohnheitstrinker.
in: Die Wirkungen der Alkoholknappheit während des Weltkrieges
ed.: Dtsch. Forschungsanstalt f. Psychiatrie, München
Julius Springer, Berlin 1923
- RUSHING, W. A. : Alcoholism and Suicide Rates by Status Set and
Occupation
Quart. J. Stud. Alc. 29 (1968), 399-412
- RUSHING, W. A. : Suicide and the Interaction of Alcoholism (Liver
Cirrhosis) with the Social Situation
Quart. J. Stud. Alc. 30 (1969), 93-103

- SAINSBURY, P. : Suicide in London
Chapman & Hall, London 1955
- SCLARE, A. B. & C. M. HAMILTON: Attempted Suicide in Glasgow
Brit. J. Psychiat. 109 (1963), 609-15
- SELZER, M. L. & W. H. HOLLOWAY: A Follow-up of Alcoholics
Committed to a State Hospital
Quart. J. Stud. Alc. 18 (1957), 98
- SHIMSHONY, Z. : Chronischer Alkoholismus und Selbstmord
Schweiz. med. Wschr. 22 (1941), 1429
- SMILDE, J. : Risks and Unexpected Reactions in Disulfiram Therapy
of Alcoholism
Quart. J. Stud. Alc. 24 (1963), 489-94
- SPERLING, E. : Das therapeutische Gespräch mit Suizidalen
Nervenarzt 43 (1972), 409-11
- SUNDBY, P. : Alcoholism and Mortality
Universitetsforlaget, Oslo 1967
- SUTHERLAND, E. H., H. G. SCHROEDER & C. L. TORDELLA:
Personality traits and the alcoholic
Quart. J. Stud. Alc. 11 (1950), 547-561
- SYME, L. : Personality characteristics and the alcoholic
Quart. J. Stud. Alc. 18 (1957), 288-302
- SZUCKOVSKY, G., I. KENYERES & L. HARSANYI: Untersuchungen
der alkoholischen Motivation und Beeinflussung auf Grund der
bei 1681 Selbstmördern erzielten Obduktionsergebnisse
Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 55 (1964), 67

SCHNEIDER, P.B., MASSON, D. et E. PERROT: La prophylaxie
du suicide chez les alcooliques

Z.Präventivmed. 10 (1965), 432-39

Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Klassifizierung der Berufe
W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart und Mainz 1961

STENBÄCK, A. & M. BLUMENTHAL: Relationship of Alcoholism,
Hypochondria, and Attempted Suicide

Acta psychiat. scand. 40 (1964), 133-40

STENBÄCK, A. & M. BLUMENTHAL: Alcohol Addiction and Attitude
to Physical Health and Disease

in: Proc. of IV. Int. Congress Psychiat. Madrid, 1966
ed.: Lopez Ibor

Excerpta Medica Foundation, Amsterdam 1968

STENGEL, E.: Suicide and attempted suicide

Penguin Books 1964

STENGEL, E.: Attempted Suicide

Brit. J. Psychiat. 116 (1970), 237-38

STRAUS, R. & S.D. BACON: Alcoholism and social stability; a study
of occupational integration in 2.023 male clinic patients

Quart. J. Stud. Alc. 12 (1951), 231-260

TABACHNIK, N.D.: Interpersonal relations in suicide attempts

Arch. gen. Psychiat. 4 (1961), 16-21

THOMAS, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung

Enke Verlag, Stuttgart 1964

TUREEN, L.L.: Some Observations on the Behavior Pattern of
Alcoholics on Antabus Therapy

J. Nerv. Ment. Dis. 119 (1954), 43-51

- VENCOVSKY, E. & A. REISICH: Pokus sebevrazdy kombinaci
antabusalkohol
(Suicide Attempt by Combination of Antabus and Alcohol)
Cas. Lek. ces. 90 (1951), 1465-67
Abstract in: Quart. J. Stud. Alc. 13 (1952), 304
- VINODA, K.S. : Personality Characteristics of Attempted Suicides
Brit. J. Psychiat. 112 (1966), 1143-50
- VOGLER, R. : persönliche Mitteilung 1972
- WARKOV, S., S.D. BACON & A.C. HAWKINS: Social correlates of
industrial problem drinking
Quart. J. Stud. Alc. 26 (1965), 58-71
- WECHSLER, D. : Die Messung der Intelligenz Erwachsener
Hans Huber Verlag, Bern - Stuttgart 1964
- WHITLOCK, F.A. & K. SCHAPIRA: Attempted suicide in Newcastle
upon Tyne
Brit. J. Psychiat. 113 (1967), 423-34
- WIESER, S. : Alkoholismus III: Katemnesen und Prognose
Fortschr. Neurol. Psychiat. 34 (1966), 565-88
- WIESER, S. : Über das Trinkverhalten der allgemeinen Bevölkerung
und Stereotype des Abstinenten und Trinker
Fortschr. Neurol. Psychiat. 36 (1968), 485-509
- WIESER, S. : Familienstruktur und Rollendynamik von Alkoholikern
in: Psychiatrie der Gegenwart
Forschung und Praxis Bd. II/2 2. Aufl.
Springer Verlag, Heidelberg - Berlin - New York 1972

WIESER, S. & E. KUNAD: Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern

Nervenarzt 36 (1965), 477-83

WURZBACHER, G.: Die Alkoholfrage in soziologischer Sicht

Kriminalbiol. Gegenwartsfr. 6 (1964), 21-40

10. A N H A N G

10.1 Allgemeine Lebensdaten

Durch einfache Abfrage bzw. Evidenz wurden die Merkmale Alter, Geschlecht und Zivilstand erfaßt und gemäß den Tabellen 6.1.1-3 festgelegt.

10.2 Interviewteil 'Alkoholismus'

In diesem Interviewteil wurden die folgenden Stichworte in einem allgemein-explorativem Gespräch angesprochen und die Antworten entsprechend den aufgeführten Möglichkeiten festgelegt.

1. Tabakgenuß: immer Nichtraucher gewesen; früher (vor mehr als 2 Jahren) geraucht, jetzt nicht mehr; Gelegenheitsraucher; bis 10 Zigaretten/Tag; bis 20 Zigaretten/Tag; bis 40 Zigaretten/Tag; mehr als 40 Zigaretten/Tag; mäßiger Pfeifen- und Zigarrenraucher; starker Pfeifen + Zigarrenraucher
2. Lebererkrankungen: negiert; akute Hepatitis; chron. Hepatopathie mit subjektiven Beschwerden; chron. Hepatopathie mit objektivem Befund; Cholezystopathien
3. Magenerkrankungen: negiert; gastrische Beschwerden; Geschwürsleiden ohne Restbeschwerden; Geschwürsleiden mit Restbeschwerden; Zust. n. Magenresektion
4. Stoffwechselerkrankungen: negiert; Diabetes mellitus; Fettsucht (mehr als 20 % Übergewicht); Magersucht; Diabetes insipidus; Kombinationen; sonstige
5. Vegetativum: ungestört; Appetitstörungen; Brechreiz (morgens), Würgen, Erbrechen; Durchfälle/Obstipation; Schweißausbrüche; Herzklopfen/-stiche; Wetterempfindlichkeit; Kombinationen
6. Schädel-Hirn-Trauma: negiert; einmal; mehrfach; im Zusammenhang mit Alkohol

7. Neurologische Erkrankungen: negiert; Polyneuropathie oder andere Formen entz. Erkrankungen; degenerative Erkrankungen; neoplastische Erkrankungen; organisches Psychosyndrom
8. Schlafstörungen: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
9. Angstzustände: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
10. Reizbarkeit: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
11. Gedächtnisstörungen: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
12. Halluzinationen: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
13. Wahnideen: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
14. Depressive Verstimmung: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
15. Trinkfrequenz: negiert; täglich/fast täglich; 1-2mal/Woche; 1-2mal/Monat; 1-2mal/3 Monate; ausgesprochener Wochenendtrinker
16. Konstanz: entfällt; gleichbleibende Mengen; in den letzten 2 Jahren langsame Steigerung; in den letzten 2 Jahren starke Steigerung; in den letzten 2 Jahren vermindert (Toleranzminderung); früher stark, jetzt abstinert
17. Vorwiegendes Getränk: entfällt; Bier; Wein/Sekt; Liköre; Branntwein; Bier und Branntwein; Wein und Branntwein; Liköre und Branntwein; alle Sorten
18. Trinkmenge (in ml Äthanol/Woche):
19. Trinkgesellschaft: entfällt; allein; in Familie; in Gesellschaft; in häufig wechselnder Gesellschaft; Kombinationen
20. Trinkort: entfällt; allein in der Wohnung; Gasthaus/Bar/Cafe; Betrieb/Arbeit; Verein; in Familie (Fernsehen); überall, diffus

21. Trinkzeit: entfällt; nur im Zusammenhang mit Mahlzeiten; ab morgens diffus; ab mittags diffus; nur abends, wechselnd (nach Gelegenheit); ständige Imprägnation
22. Trinkmotiv: entfällt; Konflikt-/Kontakterleichterung; Verführung/gesellschaftlicher Druck; innerer Zwang (Kontrollverlust); Genuß/Gewöhnung (Unfähigkeit zur Abstinenz); unerklärlicher periodischer Drang; Kombinationen
23. Heimliches Trinken: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
24. Toleranz für seelische Belastung: unverändert; fraglich; gemindert; sicher seit weniger als 1 Jahr gemindert; sicher seit länger als 1 Jahr gemindert
25. Beginn regelmäßigen Alkoholgenusses: Lbj.
26. Dauer (errechnet) regelmäßigen Alkoholgenusses: Jahre

Es folgt eine Reihe von Stichworten, die sich auf stärkeren Alkoholkonsum beziehen:

27. Tremor: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
28. Sensibilitätsstörungen: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
29. Ataktische Zeichen: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
30. Palimpsest: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
31. Halluzinose: negiert; fraglich; sicher 1mal; sicher mehr als 1mal
32. Delir: negiert; fraglich; sicher 1mal; sicher mehr als 1mal
33. Erregungszustände durch Alkohol: negiert; fraglich; sicher 1mal; sicher mehr als 1mal
34. Häufiges Denken an Alkohol: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr

35. Meidung des Themas Alkohol bei Freunden/Bekannten/Familie etc: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
36. Gieriges Trinken der ersten Gläser: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
37. Kontrollverlust: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
38. Unfähigkeit zur Abstinenz: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
39. Abstinenzperioden: negiert; fraglich; sicher 1mal; sicher mehrmals
40. Trinkpausen: negiert; fraglich; 1mal; mehrfach
41. Toleranz: gleichbleibende Mengen vertragen; fragliche Steigerung; fragliche Minderung; sicher seit weniger als 1 Jahr gesteigert; sicher seit länger als 1 Jahr gesteigert; sicher seit weniger als 1 Jahr gemindert; sicher seit länger als 1 Jahr gemindert
42. Verlängerte Rauschzustände: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
43. Technische Alkohole: negiert; fraglich; sicher seit weniger als 1 Jahr; sicher seit länger als 1 Jahr
44. Rauschtrinken: negiert; 1-3mal im Monat leicht; 1-3mal im Monat schwer; 1-3mal in der Woche leicht; 1-3mal in der Woche schwer; fast täglich leicht; fast täglich schwer
45. Rückfall nach Entziehungs-Kur: entfällt; innerhalb 1 Woche; innerhalb eines Monats; innerhalb eines halben Jahres; nach mehr als 1 Jahr
46. Gerichtsmaßnahmen wegen Alkohol: negiert; Verwahrung; Pflegschaft; Entmündigung; Kombinationen; andere Maßnahmen
47. Einstellung des Partners zu Alkohol: entfällt; toleriert ohne eigenen Abusus; toleriert mit eigenem Abusus; indifferent; ablehnend; resigniert
48. Alkoholismus beim Vater: negiert; fraglich; sicher
49. Alkoholismus bei der Mutter: negiert; fraglich; sicher

50. Alkoholismus bei Geschwistern: negiert; fraglich; sicher
51. Alkoholismus bei Kindern: entfällt/negiert; fraglich; sicher
52. Alkoholismus beim Partner: negiert; fraglich; sicher
53. Alkoholismus im sozialen Feld: negiert; im Freundeskreis; im Bekanntenkreis/Verein/Arbeitsplatz; in Familie

10.2 Interviewteil 'SMH'

Hierzu wurden folgende fest formulierte Fragen gestellt:

1. Wollten Sie sich mit den Tabletten, die Sie eingenommen haben, das Leben nehmen?

Antwortmöglichkeiten: nein; ja; ich glaube nicht; ich glaube ja

2. Haben Sie die Handlungsweise in irgendeiner Form vorbereitet?

Antwortmöglichkeiten: nein, ich habe die erste Gelegenheit ergriffen; ich habe mich plötzlich an ein Mittel erinnert und es dann besorgt; ich habe das Mittel zufällig gesehen und dann eingenommen; ich habe mir das Mittel vorher in einer/mehreren Apotheken besorgt

3. Haben Sie Ihre Handlungsweise irgend jemandem angekündigt?

Antwortmöglichkeiten: nein; ich habe es gelegentlich geäußert; ich habe es wiederholt geäußert; ich habe einen Abschiedsbrief geschrieben; ich habe es durch meine Verhaltensweise angedeutet; Kombinationen

4. Wie ist es Ihnen in den letzten 6 Monaten gegangen?

Antwortmöglichkeiten: ich war gesund und hatte keine Probleme; ich war sehr viel krank; ich habe sehr viel Medikamente eingenommen; ich habe viel Alkohol getrunken (im Zusammenhang mit Interviewteil über Alkoholismus zu sehen); ich habe sehr viel Drogen genommen (Ausschlußkriterium); ich stand unter starker psychischer Belastung

5. Wie ist es Ihnen am SMH-Tag gegangen?

Antwortmöglichkeiten: es ging mir gut, ich hatte keine Probleme; ich war krank; ich stand unter Einfluß von Medikamenten; ich stand unter Einfluß von Alkohol; ich stand unter Einfluß von Drogen; ich stand unter einer besonderen psychischen Belastung

6. Für wie gefährlich hielten Sie die eingenommene Dosis?

Antwortmöglichkeiten: darüber habe ich mir keine Gedanken gemacht; für ungefährlich; Tod eher unwahrscheinlich; Tod wahrscheinlich; Tod sicher

7. Wie wahrscheinlich war es, daß Sie vorm Tod gefunden wurden?

Antwortmöglichkeiten: darüber habe ich mir keine Gedanken gemacht; ich habe selber Hilfe gesucht (Telefon/Nachbarn u. ä.);

es war sicher; es war wahrscheinlich; es war unwahrscheinlich (Zufall); ich habe alle Möglichkeiten ausgeschlossen

8. Was war das Kernmotiv Ihrer Handlungsweise?

Antwortmöglichkeiten: das weiß ich nicht; Partnerkonflikt/-tod; Familienkonflikt/-todesfall; Konflikt im Freundeskreis; Konflikt mit Bekannten/Arbeitskollegen o. ä.; soziale wirtschaftliche Krise; Vereinsamung; Angst vor Strafe oder Schande; Krankheit; Kombinationen

9. Wo waren Sie in den letzten 24 h vor der SMH?

Antwortmöglichkeiten: in Einsamkeit/Anonymität; im Bekanntenkreis; in der Familie; bei zentraler Konfliktperson/-enkreis; allein in eigener Wohnung

10. Wo waren Sie, als Sie die Tabletten einnahmen?

Antwortmöglichkeiten: allein/in der Anonymität; allein in eigener Wohnung; allein, in der Wohnung der Familie; allein, Konfliktperson/-enkreis in der Nähe; im Beisein von Menschen; im Beisein von Bekannten; im Beisein von Freunden; im Beisein von Konfliktperson/-enkreis

11. Haben Sie den Ort, wo Sie die Tabletten eingenommen haben, anschließend noch verlassen?

Antwortmöglichkeiten: nein; in Einsamkeit/Anonymität; in Bekanntenkreis; in Freundeskreis; in Familie; zu Konfliktperson/-enkreis; in Behandlung

12. Wie stehen Sie jetzt zu Ihrer Handlungsweise?

Antwortmöglichkeiten: nicht distanziert (noch suizidal); distanziert (nicht mehr suizidal)

13. Warum distanzieren Sie sich jetzt von Ihrer Verhaltensweise?

Antwortmöglichkeiten: weiß ich nicht; sinnlose Handlung; Konfliktperson/-enkreis hat sich durch SMH in seinem Verhalten geändert; Einsicht in eine Aufgabe ("meine Kinder brauchen mich ..." u. ä.)

14. Wollten Sie sich schon einmal das Leben nehmen?

Antwortmöglichkeiten: nein; einmal; zweimal; dreimal; viermal; fünfmal; mehr als fünfmal

15. Ist es in letzter Zeit in Ihrer Umgebung zu SMH gekommen?

Antwortmöglichkeiten: nein; bei Bekannten/am Arbeitsplatz/im

Verein u. ä.; bei Freunden; in der Familie (außer 16. -19.); in der Anonymität (TV, Presse; berühmter Schauspieler o. ä.)

16. Hat einer Ihrer Eltern sich schon einmal das Leben nehmen wollen?

Antwortmöglichkeiten: nein; unsicher bei Vater; sicher der Vater; unsicher die Mutter; sicher die Mutter; Kombinationen

17. Hat einer Ihrer Geschwister sich schon einmal das Leben nehmen wollen?

Antwortmöglichkeiten: nein; fraglich bei 1 Geschwister; fraglich bei mehreren Geschwistern; sicher bei 1 Geschwister; sicher bei mehreren Geschwistern

18. Hat eines Ihrer Kinder sich schon einmal das Leben nehmen wollen?

Antwortmöglichkeiten: nein/entfällt; fraglich bei 1 Kind; fraglich bei mehreren Kindern; sicher bei 1 Kind; sicher bei mehreren Kindern

19. Hat sich Ihr Partner/Konfliktperson schon einmal das Leben nehmen wollen?

Antwortmöglichkeiten: nein; fraglich einmal; fraglich mehrfach; sicher einmal; sicher mehrfach

10.3 Interviewteil 'psychosoziale Stellung'

Den Pat. wurden folgende Fragen mündlich gestellt:

1. Wie oft sind Sie überhaupt schon in Ihrem Leben umgezogen?

Antwortmöglichkeiten: keinmal, ein- bis fünfmal, sechs- bis zehnmal, mehr als zehnmal

2. Wie oft sind Sie allein in den vergangenen 12 Monaten umgezogen?

Antwortmöglichkeiten: keinmal, einmal, zweimal, dreimal, viermal, fünfmal, mehr als fünfmal

3. Welcher der folgenden Wohnverhältnistypen trifft in Ihrem Fall am ehesten zu?

Antwortmöglichkeiten: keiner; Heim, durch Ausbildung bedingt; Heim, durch Alter oder Krankheit bedingt; allein in eigener Wohnung; Haushalt von 2 Personen; Haushalt von 3-4 Personen; Haushalt von mehr als 4 Personen; häufig wechselnd

4. Mit wem wohnen Sie zusammen?

Antwortmöglichkeiten: mit niemandem; bei eigenen Eltern; bei Schwiegereltern; bei eigener Familie; bei sonstigen Verwandten; bei Bekannten; in Untermiete (anonyme Verhältnisse)

5. Haben Sie Bekanntschaften z.B. aus dem Kreis ihrer Nachbarn, Arbeitskollegen oder Vereinskameraden?

Antwortmöglichkeiten: nein; wenige; genügend; ja, aber nicht die richtigen; nein, leider keine

6. Haben Sie einen oder mehrere Freunde/Freundinnen, die Ihnen mehr bedeuten/näher stehen als z.B. die Bekannten, von denen wir schon sprachen?

Antwortmöglichkeiten: nein, keine; ja, eine/n; ja, genügend; ja, aber räumlich weit getrennt (Kontakt nicht immer möglich); nein, leider keine

7. Haben Sie eine Vertrauensperson z.B. aus dem Kreis Ihrer Familie/Freunde/Bekannten, Arzt oder Seelsorger, mit der Sie über private Probleme sprechen können?

Antwortmöglichkeiten: nein; ja, eine; ja, mehrere; ja, aber räumlich weit getrennt (Kontakt nicht immer möglich); nein, leider nicht

8. Wie ist Ihr Kontakt zur Familie?

Antwortmöglichkeiten: kein Kontakt mehr; nur noch zu Geschwistern; nur noch zu Eltern; nur noch zu anderen Familienangehörigen; zu den genannten Möglichkeiten, jedoch sehr selten; zu den genannten Möglichkeiten mit gutem Kontakt

9. Stehen Sie mir irgendwelchen Personen in Briefverkehr?

Antwortmöglichkeiten: nein; mit einer Person regelmäßig; mit einer Person selten; mit mehr als einer Person regelmäßig; mit mehr als einer Person selten

10. Werden Sie von irgendwelchen Menschen besucht?

Antwortmöglichkeiten: nein; ja, selten; ja, häufiger; ja, regelmäßig; nein, leider nie

11. Haben sich im Laufe Ihres Lebens Freunde, von denen Sie eigentlich noch heute viel halten, von Ihnen distanziert?

Antwortmöglichkeiten: nein; ja, aber nur wenige; ja, mehrere; mein Freundeskreis wechselt sehr stark

10.4 Interviewteil 'sozioökonomische Stellung'

Den Pat. wurden folgende Fragen gestellt:

1. Arbeiten Sie in dem Beruf, in dem Sie ausgebildet wurden?

Antwortmöglichkeiten: nein, entfällt; ja, kein Berufswechsel, gleicher Arbeitsplatz; ja, kein Berufswechsel, verschiedene Arbeitsplätze; nein, Berufswechsel, ein neuer Arbeitsplatz; nein, Berufswechsel, verschiedene Arbeitsplätze; nein, z. Zt. Bundeswehr; nein, z. Zt. andere Übergangsarbeiten

2. Als was arbeiten Sie jetzt?

Antwortmöglichkeiten: entfällt; als Arbeiter; als Angestellter oder Beamter; selbständig; Rentner/Pensionist; Lehrling/in Ausbildung; Hausfrau ohne Nebentätigkeit; Hausfrau mit Nebentätigkeit; Soldat

3. Haben Sie eine Berufsausbildung?

Antwortmöglichkeiten: nein/entfällt; ja, abgeschlossen; ja, noch nicht abgeschlossen; ja, andere abgebrochen; nein, abgebrochen; nein, wiederholt abgebrochen

4. Welcher Art ist Ihre Ausbildung?

Antwortmöglichkeiten: entfällt; Berufsschule, kein Facharbeiter; Facharbeiter; Berufsfachschule; Akademie, höhere Fachschule, Polytechnikum; Hochschule, Universität; Berufssoldat o. ä.

5. Wieviel verdienen Sie im Monat?

Antwortmöglichkeiten: DM

6. Wieviel Personen hängen von Ihrem Verdienst ab?

Antwortmöglichkeiten: entfällt/keine; eine; zwei; drei; vier; fünf; sechs; sieben; mehr als sieben

7. Wie ist Ihre derzeitige Berufssituation?

Antwortmöglichkeiten: entfällt; bestehendes Beschäftigungsverhältnis/noch in Ausbildung; gekündigt, suspendiert innerhalb der letzten 4 Wochen; arbeitslos seit mehr als 4 Wochen; Rentner/Pensionist; Fürsorgeempfänger; Hausfrau/Privatier; Künstler

8. Wie häufig haben Sie Ihren Arbeitsplatz bisher gewechselt?

Antwortmöglichkeiten: entfällt; einmal; zweimal; dreimal; viermal; fünf- bis zehnmal; elf- bis zwanzigmal; mehr als zwanzigmal

9. Haben Sie früher schon mehr verdient als jetzt?

Antwortmöglichkeiten: nein/entfällt; ja, unbedeutend mehr; ja, bedeutend mehr; nein, jetzt unbedeutend mehr; nein, jetzt bedeutend mehr

10. Hing von Ihren Entscheidungen schon einmal mehr ab?

Antwortmöglichkeiten: nein/entfällt; ja, unbedeutend; ja, bedeutend; nein, unbedeutend; nein, jetzt bedeutend mehr

11. Waren Sie zeitweilig auch ganz ohne Anstellung (Krieg/Krankheit o. ä. ausgeschlossen)?

Antwortmöglichkeiten: nein/entfällt; ja, einmal für mehr als 3 Monate; ja, mehrfach für mehr als 3 Monate; ja, sehr oft für mehr als 3 Monate

12. Waren Sie in den letzten 12 Monaten zeitweilig ganz ohne Beschäftigungsverhältnis?

Antwortmöglichkeiten: nein/entfällt; ja, einmal für weniger als 4 Wochen; ja, einmal für weniger als 2 Monate (mehr als 4 Wochen); ja, mehrfach (mindestens dreimal) für weniger als 4 Wochen; ja, mehrfach für mehr als 4 Wochen; ja, sehr oft (mindestens sechsmal) für weniger als 4 Wochen; ja, häufiger ohne Beschäftigungsverhältnis als mit

Danksagung

Herrn Priv. Doz. Dr. med. Wilhelm FEUERLEIN verdanke ich Thema und geduldige Beratung meiner Arbeit; ihm und seinen Mitarbeitern in der Poliklinik des Max Planck Instituts für Psychiatrie möchte ich an dieser Stelle für manchen wertvollen Hinweis und die kollegiale Aufnahme danken.

Ebenfalls danke ich Herrn Dr. med. Max v. CLARMANN, Leiter der Toxikologischen Abteilung im Klinikum Rechts der Isar und seinen Mitarbeitern für die freundliche Aufnahme und Unterstützung, ohne die meine Arbeit um die Untersuchungsmöglichkeit an einer großen Münchener Klinik verringert worden wäre.

LEBENS LAUF

21.12.1943	Geboren in Bad Oldesloe als Sohn des Dr. Kurt Brinkmann und seiner Frau Hilda, geb. Winter
1950 - 1954	Volksschule Ahrensburg
1954 - 1963	Gymnasium Stormarnschule Ahrensburg mit Abschluß (Reifeprüfung)
1963 - 1965	Universität Kiel (Vorklinik)
1965 - 1969	Freie Universität Berlin (Klinik)
14.2.1969	Staatsexamen an der FU Berlin
1969 - 1970	Medizinal-Assistentenzeit
Dezember 1970	Approbation als Arzt
Mai 1970 - Dez. 1970	Freier Mitarbeiter der Wiss. Abteilung der Merck Sharp u. Dohme GmbH
1971 - 1972	Doktoranden-Stipendiat im Max Planck Institut f. Psych. Poliklinik (Leiter Priv. Doz. Dr. W. Feuerlein)
1972 - 1973	Stipendiat der Neurol. Abteilung am Max Planck Institut
seit April 1973	Wiss. Assistent der Neurol. Abteilung am Max Planck Institut

Rüdiger Brinkmann

